This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N201 .B53 1860 1 STOR
Clinique medicale sur les maladies des

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

35b

LANE

MEDICAL LIBRARY

SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

LEVI COOPER LANE FUND

LENTUMAN
INDEX

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

35 D

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES

MALADIES DES FEMMES

PAR

M. GUSTAVE BERNUTZ
Médecin de la Pitié

LANE LIBRARY

M. ERNEST GOUPIL
Médecin du bureau central

(Ars tota in observationibus, sed perpendendæ sunt observationes.)

TOME PREMIER

LANE MEDICAL LIBRARY
10728
SAN FRANCISCO

PARIS
F. CHAMEROT, LIBRAIRE-ÉDITEUR
RUE DU JARDINET, 13
1860

Droit de traduction réservé.

LANE LIBRARY

B53
1860
v.1

INTRODUCTION.

Le titre de cet ouvrage indique d'une manière explicite que je n'ai pas la pensée d'écrire un traité dogmatique des maladies des femmes, qui, je dois le dire, me semble impossible dans l'état actuel de nos connaissances. En formulant cette opinion, je n'ai pas l'intention de faire la critique des traités dogmatiques qui viennent successivement de paraître, soit en Allemagne, soit en France, il ne m'appartient pas de les juger; je veux seulement légitimer la publication de cet ouvrage et la forme analytique que j'ai cru devoir adopter. Mes honorables collègues au contraire ont pensé réalisable une œuvre qui, suivant moi, ne pourra être tentée que le jour où l'on aura résolu par des observations et non par des raisonnements, séduisants aujourd'hui, de nulle valeur demain, quand sera tombée en désuétude la doctrine médicale qui les a suggérés, une foule de questions dont la solution, actuellement hypothétique, est indispensable pour tracer un traité dogmatique de gynécologie. Je n'ai pas osé une semblable entreprise, aussi pourrais-je, grâce à la réserve qui m'a paru dictée par l'insuffisance des documents, me dispenser de donner l'histoire d'un certain nombre d'affections des organes génitaux, qui restent

quant à présent problématiques, soit parce que leur existence elle-même, telle que celle de la métrite parenchymateuse aiguë, n'est établie par aucun fait probant, soit parce qu'elles ne se présentent jamais à l'état de simplicité, telles que l'ovarite et l'inflammation des trompes, et que leur symptomatologie propre n'a pu, comme nous le verrons en décrivant la pelvi-péritonite, être dégagée de l'ensemble symptomatique, lui-même controversé, dans lequel elle se trouve comprise. Je ne m'occuperai donc dans cet ouvrage que des affections dont non-seulement l'existence, mais dont la symptomatologie peut être mise hors de toute contestation par des observations suffisamment détaillées pour mériter toute créance.

J'ai pris soin d'indiquer tout d'abord ce qu'est bien réellement cet ouvrage pour éviter un mécompte à ceux qui croiraient y trouver l'histoire de toutes les affections des organes génitaux, surtout croiraient y trouver l'histoire distincte de chacune des affections de ces organes et des parties qui les constituent d'après une classification anatomique, qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est inapplicable à la gynécologie, puisque dans un ordre de cette espèce l'histoire des affections actuellement problématiques, que je viens d'indiquer, devrait chacune servir de point de départ pour des chapitres suivants. Ce que je pense aujourd'hui, je l'ai pensé quand j'ai commencé ce travail, aussi ai-je cru alors, sans me préoccuper malheureusement du temps qui serait nécessaire pour une œuvre semblable, que dans un tel état de choses il n'y avait qu'à recourir résolûment à l'observation. J'ai cru qu'il fallait étudier cliniquement chacun des troubles fonctionnels des organes génitaux pour arriver à en connaître les causes morbides diverses et déduire des observations la symptomatologie des affections qui se manifestent dans chacun de ces troubles fonctionnels. J'étais jeune alors, je ne me rendais pas compte des difficultés sans nombre qui devaient se présenter, m'arrêter à chaque pas et devaient aujourd'hui, après bien des années de

travail, me forcer d'avouer que je suis loin de pouvoir décrire toutes les maladies des femmes, et que personne n'est en état de le faire. Cependant, pour atteindre le but que je m'étais proposé, j'ai négligé tout ce qui pouvait me distraire de mon travail, j'ai passé bien des heures au lit de mes malades à les étudier et bien des soirées à lire et à mettre en œuvre les matériaux que j'accumulais. Malgré ce travail longtemps continué, malgré le concours dévoué de mes premiers élèves et de mes amis, en particulier de celui dont j'ai associé le nom au mien, qui, après avoir été mon interne, est venu ensuite pendant deux années consécutives s'enfermer avec moi à l'hôpital de Lourcine et qui s'est chargé d'étudier quelques-uns des sujets que je n'avais pas le temps de travailler, j'ai à dire avec regret que ce que j'ai appris est peu de chose auprès de ce que je ne sais pas ou que je ne sais que trop superficiellement pour pouvoir l'exposer d'une manière satisfaisante. Je dois faire abstraction à peu près complète de ces notions non approfondies, m'en tenir à ce que j'ai péniblement élaboré et coordonné en y intercalant les travaux propres de mon collaborateur ; c'est ce que je me propose de publier successivement en signalant la part qui revient à chacun de nous dans chacun des mémoires, intimement liés les uns aux autres, qui composeront cet ouvrage.

Dans mon exposition au risque de n'être pas très méthodique, ce dont je conviens franchement, j'ai conservé à peu près l'ordre que j'ai suivi dans mon travail ; j'ai cru qu'il était nécessaire dans un ouvrage du genre de celui-ci de présenter d'abord ce qui a besoin d'être connu pour rendre moins difficile l'analyse pathologique des sujets plus complexes, qui ne peuvent être élucidés qu'à l'aide des premières notions acquises. Il m'a semblé, lorsque j'ai commencé mon travail, qu'il fallait débuter par l'étude du trouble fonctionnel qui s'offrait comparativement le plus simple de tous, c'est-à-dire par l'étude de la pertur-

bation de l'excrétion menstruelle, dont le choix était d'ailleurs nettement indiqué, parce que je pouvais avoir alors pour point de départ un tableau morbide type, accepté comme vrai par tous les pathologistes. Je trouvais à prendre pour point de départ la symptomatologie des imperforations congénitales l'avantage que les phases différentes de plus en plus graves des rétentions menstruelles forment une série de tableaux morbides et pouvaient me servir de termes de comparaison pour des observations analogues, mais dans lesquels le trouble de l'excrétion accompagné d'accidents plus ou moins dangereux, au lieu d'être le fait d'un vice de conformation, reconnaissait pour cause une maladie actuelle ou antécédente. J'ai pu ainsi tracer avec une sorte de certitude l'histoire des différentes affections qui se déroulent successivement comme conséquence du trouble de cette fonction et me servir de ces premières notions pour continuer mon travail. Cette étude, dont j'ai publié en 1848 une première édition, formera le premier mémoire ; il contient la description de deux variétés d'une affection, l'inflammation du péritoine pelvien, qui se présente presque à chaque pas dans la gynécologie, et dont la connaissance prime autant celle de toutes les autres affections génitales que la connaissance de la pleurésie a primé au commencement de ce siècle celle des affections pulmonaires.

Cette raison a dû me faire placer immédiatement après l'étude des dysménorrhées, et avant celle des troubles des sécrétions des organes génitaux qui constituera notre second volume, l'histoire générale de la pelvi-péritonite qui comprend deux ordres de faits parfaitement distincts. Dans l'un, l'inflammation de la séreuse pelvienne est la conséquence de l'épanchement dans le bassin d'une hémorrhagie provenant d'un des organes génitaux, elle est subordonnée à celle-ci et forme seulement un des éléments de l'affection complexe à laquelle on a donné le nom d'hématocèle. Dans l'autre l'inflammation du péritoine pelvien est le fait du retentis-

sement sur la séreuse d'un travail morbide le plus souvent inflammatoire d'un des organes génitaux qui quant à présent passe inaperçu dans la symptomatologie de la pelvi-péritonite séro-albumineuse ou purulente. Cet ordre de faits, qui constitue la pelvi-péritonite proprement dite, forme chez la femme un groupe morbide analogue à celui qui a été décrit chez l'homme sous le nom d'orchite. Il résulte de cette différence la nécessité de présenter séparément l'histoire des pelvi-péritonites proprement dites, et celle des hématocèles. Nous commencerons par celle-ci, parce qu'elle se lie plus intimement encore que celle de la pelvi-péritonite à l'étude des rétentions menstruelles, comme nous le verrons en décrivant les épanchements sanguins intra-pelviens. Mais l'histoire de ces hématocèles est elle-même tellement complexe, qu'il nous a semblé impossible de ne pas la décomposer en deux mémoires, contenant l'un l'étude des diverses hémorrhagies intra-abdominales qui se manifestent dans l'état de vacuité, contenant l'autre l'étude de celles qui surviennent dans la puerpéralité, en particulier dans les grossesses extra-utérines. L'histoire générale des hématocèles dans l'état de vacuité, c'est-à-dire le second mémoire, est, comme le premier, entièrement et complétement de moi, tandis que le troisième, consacré aux hémorrhagies intra-pelviennes symptomatiques des grossesses extra-utérines, est l'œuvre propre de M. Goupil, je n'y ai eu qu'une insignifiante participation. Cette première partie de notre premier volume, que nous publions actuellement, comprend donc avec l'étude des dysménorrhées celle de toutes les espèces et variétés d'hématocèles, elle forme ainsi un tout assez complet.

La seconde partie de ce volume, actuellement sous presse, comprendra l'histoire de toutes les espèces et variétés de la pelvi-péritonite proprement dite (prétendus phlegmons péri-utérins), et celle des déviations utérines qui, dans le plus grand nombre des cas, se rattachent directement à l'inflammation de la séreuse

pelvienne. Je n'ai pas besoin d'indiquer l'importance de la pelvi-péritonite qui, comme je viens de le dire, représente chez la femme le groupe morbide décrit sous le nom d'orchite chez l'homme, et qui surtout se lie à un si grand nombre d'affections des organes génitaux qu'il est impossible d'élucider l'histoire de l'une quelconque d'entre elles, si on n'a pas une connaissance suffisante de l'inflammation de la séreuse pelvienne.

Nous avons, mon collaborateur et moi, recueilli ensemble toutes les observations sur lesquelles est basé ce troisième mémoire, disséqué minutieusement ensemble toutes les pièces anatomiques dont j'ai donné la description, enfin discuté ensemble les différents points de l'histoire de la pelvi-péritonite; par conséquent il y a eu une collaboration complète pour le fond de ce mémoire. Mais c'est moi qui l'ai entièrement écrit, je suis dès lors responsable non-seulement de la forme, mais des idées générales qui ont servi à le composer et des opinions particulières sur la puerpéralité que j'ai été obligé d'exposer. J'ai pris soin d'indiquer cette dernière particularité pour sauvegarder mon collaborateur de la critique que mes opinions sur la puerpéralité peuvent soulever, en assumer la responsabilité tout entière, et ne pas le rendre passible, s'il venait à avoir dans l'avenir d'autres opinions sur ce point, du reproche de n'être pas fidèle à ses premières convictions. Le mémoire sur les déviations utérines est au contraire entièrement de lui, je n'y ai pris aucune part, j'ai seulement observé les malades.

Tout ce qui précède fait comprendre que, malgré la peine que nous avons prise pour composer cet ouvrage, nous n'avons pas la prétention qu'il ne présente non-seulement bien des lacunes, mais bien des imperfections. Nous avons même la pensée qu'il n'est qu'une œuvre transitoire, qu'un point de départ pour des travaux ultérieurs. Aussi y avons-nous accumulé des observations et des indications bibliographiques excessivement

nombreuses pour éviter à ceux qui viendront après nous des pertes de temps considérables, et les mettre à même de contrôler, pièces en main, toutes nos opinions. Je puis garantir l'exactitude de toutes les indications bibliographiques, je suis remonté aux ouvrages originaux toutes les fois qu'il a été nécessaire, ou, quand je ne l'ai pu, j'ai signalé que ma citation était puisée dans un autre auteur. Si l'exactitude de quelques-unes de ces citations est désobligeante à certains pathologistes, ils ont à s'en prendre à eux, non à moi, de n'avoir pas su être plus exacts et de m'avoir mis parfois dans la nécessité de relever des défaillances regrettables. J'ai tâché d'être complétement impartial, non-seulement pour les autres, mais pour moi-même, et de mettre de côté tout autre sentiment que le désir d'être utile aux malades ; il a été, je puis le dire, le seul mobile de mon travail.

Amico lectori salutem.

G. Bernutz.

15 octobre 1860.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES

MALADIES DES FEMMES.

DES ACCIDENTS

PRODUITS PAR LA RÉTENTION DU FLUX MENSTRUEL (1).

Les anomalies nombreuses qu'offre le flux menstruel sont liées, les unes aux troubles de la sécrétion elle-même, les autres, au contraire, aux troubles de l'excrétion, et constituent ainsi deux ordres de faits pathologiques qui, malgré le grand nombre de symptômes communs qu'ils présentent, doivent être soigneusement distingués l'un de l'autre pour pouvoir apprécier sainement les affections diverses auxquelles les femmes sont en proie lorsque l'écoulement des règles n'a pas lieu. Pour arriver à cette distinction, dont je n'ai pas besoin de faire ressortir toute l'importance, je passerai d'abord en revue, dans ce mémoire, les différentes causes qui peuvent s'opposer à la libre excrétion du flux menstruel, et j'étudierai ensuite les divers accidents qui peuvent être produits par le défaut d'excrétion.

(1) Ce mémoire n'est, pour ainsi dire, que la reproduction de celui que j'ai publié en 1848 (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. XVII, XVIII et XIX). Je n'ai rien changé au fond, bien peu à la forme, j'ai dû seulement y ajouter des observations assez nombreuses, et en particulier des observations d'imperforations congénitales que j'avais cru inutile de rapporter dans ma première publication, qui se trouvait à l'étroit dans les pages qui m'étaient très parcimonieusement accordées. Je dois dire, cependant, que je regrette beaucoup que les objections qui ont été faites à mon premier mémoire m'aient forcé à surcharger celui-ci de plus de détails que je n'aurais voulu, et m'aient entraîné dans de telles longueurs, que j'ai la crainte que ce travail-ci ne vaille pas le premier.

Mais auparavant il me semble nécessaire, pour comprendre les actes morbides qui se produisent dans les dysménorrhées, de rappeler en quelques mots les phénomènes physiologiques qui ont un rapport direct avec mon sujet (1). Le premier phénomène de cette phlogose amoureuse, ainsi que l'appelait Lecat, est constitué par une congestion active de tous les organes génitaux; puis le corps frangé de la trompe vient embrasser d'une manière plus ou moins intime une partie de l'ovaire, parfois même s'unir à lui par une membrane mince et transparente (2). Bientôt la cavité des trompes

(1) Malgré l'intime connexion que les recherches modernes ont établie entre la menstruation et la fécondation, j'ai cru devoir négliger dans ce résumé tout ce qui a rapport à l'ovulation, qui cependant, dans ma conviction, constitue le phénomène fondamental de la menstruation. Je crois préférable de renvoyer aux travaux intéressants où cette découverte se trouve exposée au long.

(2) J. E. Panck, *Entdeckung der organischen Verdibung swischen Tuba und Eirstock beim menschlichen Weibebalch nach der Conception*. Dorpat, Leipzig, 1843, fig. (*Extrait des Archives générales de médecine*, 4e série, t. IV, p. 81).

J'insiste sur cette particularité, indiquée seulement dans mon mémoire de 1848, parce que depuis on a rapporté, M. Puech en particulier, comme faits pathologiques, des exemples de cette disposition physiologique assez fréquente de la menstruation. J'ai donc cru nécessaire de rapporter l'observation de Panck, et d'y joindre celle de M. Puech, qui sont toutes deux très intéressantes à connaître pour notre sujet.

OBSERVATION *de J. E. Panck, prise dans l'Extrait des* Archives.

J. K..., âgée de vingt-trois ans, jeune fille robuste et pleine de santé, avait passé la nuit du 6 au 7 octobre 1842 dans une chambre remplie de gaz acide carbonique, dans laquelle on la trouva avec de faibles signes de vie. La mort s'ensuivit le lendemain.

A l'autopsie, on trouva les parties génitales saines et turgescentes; beaucoup de mucosités jaunâtres et consistantes s'étaient écoulées du vagin. Cette fille n'avait jamais été enceinte, mais l'état de l'hymen et du vagin indiquait qu'elle avait eu des rapports sexuels. La portion vaginale de l'utérus était basse et ferme au toucher, l'utérus lui-même placé très profondément dans le petit bassin. Après l'avoir extirpé, on remarqua que tous les vaisseaux sanguins du bassin, surtout ceux du vagin, étaient gorgés de sang; le vagin était rempli de mucosités dont nous avons déjà parlé, et qui s'écoulaient encore à la pression de l'utérus, dont l'orifice était un peu ouvert; cet organe était beaucoup plus bombé en arrière qu'en avant.

La trompe droite s'était fléchie en arrière et les franges étaient déployées sur l'ovaire; mais il existait entre ces parties, non-seulement *une adhérence mécanique, mais une organique, puisqu'une membrane très fine et transparente partait des franges, s'étendait de tous côtés sur l'ovaire*, et avait produit de cette manière une véritable réunion organique avec la membrane séreuse des ailerons.

Cette nouvelle membrane commençait au milieu du bord supérieur de la trompe et de l'utérus, et s'étendait seulement sur la face postérieure de ces parties et des ailerons; il n'en existait pas de trace sur la partie antérieure, où les ailerons seuls recouvraient l'ovaire; toute la partie postérieure de l'utérus en était couverte : cette nouvelle membrane y formait une foule de faisceaux et de lamelles dans la direction longitudinale de l'utérus. La surface postérieure de la trompe gauche ne présentait que quelques-uns de

est dilatée par un mucus de plus en plus sanguinolent qui vient se mêler dans l'utérus au sang exhalé par la surface de cette cavité, revêtue, à ce moment, d'une caduque imparfaite, et de là s'écoule avec lui par le col entr'ouvert.

Ces diverses dispositions ont pour but : d'une part, de rendre plus complète, lors de la menstruation, l'indépendance de la cavité abdominale des voies de la génération; d'autre part, d'établir entre celles-ci une communication plus facile, au contraire, qu'à toute autre époque. Elles tendent toutes à empêcher l'écoulement du flux

---

ces faisceaux; mais la trompe elle-même n'adhérait nullement à l'ovaire. On pouvait détacher cette nouvelle membrane de l'enveloppe péritonéale des parties sous-jacentes, qui n'étaient nullement dégénérées, mais plus rouges, et dont les vaisseaux étaient gorgés. La portion supérieure de la trompe était beaucoup plus large et plus distendue que l'autre partie qui descend à l'utérus, et l'enveloppe séreuse y laissait voir un grand nombre de vaisseaux sanguins. L'utérus était beaucoup plus bombé du côté de l'injection de la trompe droite qu'à l'endroit correspondant du côté gauche.

La cavité utérine était remplie de mucosités qui, au fond et à la paroi postérieure de l'utérus, étaient condensées en une membrane que l'on pouvait détacher, et qui ne peut être que la membrane caduque. Cette membrane et le mucus étaient composés des éléments de l'épithélium vibratile. Quelques ovules de Naboth existent du côté interne de l'orifice de l'utérus. Aucun ovule ne se rencontre dans la cavité utérine ; il n'y a non plus ni zoosperme ni dans l'utérus ni dans la trompe ; l'ovaire droit, beaucoup plus grand que le gauche, était rénitent et comme distendu par un liquide, sa couleur était blanc bleuâtre. On remarquait en face de l'ouverture abdominale de la trompe, à la surface de l'ovaire, une tache d'un bleu foncé, longue de 0,006 et large de 0,004, dont le centre était occupé par une tache brune de la grandeur d'une lentille, et qu'au toucher on sentait former une petite élévation. Des vaisseaux sanguins rayonnaient de ce centre vers la périphérie. On sentait distinctement qu'à cet endroit existait une cavité remplie de liquide, un follicule de Graaf près de se rompre. En ouvrant cette cavité, on n'a pas pu recueillir tout le liquide, et l'ovule s'est perdu.

Obs. de A. Puech. — *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources.* Obs. 18, p. 71. — Montpellier, 1858.

Sophie Pierry, domestique, native de Lusigny, département de l'Aube, est une femme âgée de trente-huit ans, forte et robuste. Entrée le 3 juillet à une heure du matin, elle meurt dix heures après d'une hémorrhagie méningée.

L'examen de l'utérus et les vergetures de l'abdomen indiquent qu'elle a eu pour le moins un enfant.

MM. Aubarret et Valette assistent à la dissection des organes génitaux; ce dernier, interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, consigne les détails qui suivent.

Trompes. — A droite, la trompe contient un mucus blanc de lait ; elle est fixée à la face antérieure de l'ovaire. Le pavillon est froncé et rappelle une synanthérée non encore épanouie. Deux à trois kystes séreux, gros comme la tête d'une épingle, se rencontrent sur l'oviducte. La muqueuse, d'un rouge terne au voisinage du pavillon, est grise dans les deux tiers internes.

A gauche, la trompe a une coloration violacée, en quelque sorte ecchymotique dans le tiers externe ; elle a le volume de l'index ; dans le reste de son étendue elle a conservé son volume ordinaire. Le pavillon, largement entr'ouvert, donne attache, par son pour-

cataménial dans la cavité péritonéale, et à favoriser, en dernière analyse, la migration de l'ovule et l'excrétion du liquide qui lui sert, pour ainsi dire, de véhicule.

Ces quelques mots suffisent pour montrer que l'excrétion menstruelle a besoin, pour avoir lieu d'une manière normale, d'un concours d'actions assez nombreuses, et faire pressentir que si l'une quelconque d'entre elles : congestion, application de la trompe à l'ovaire, mue de la muqueuse utérine (1), dilatation des orifices, et en particulier du col utérin, vient à être défectueuse, il en résultera un trouble

---

tour, à une membrane tubulée qui, continuant celui-ci, vient le fixer à l'ovaire dans une étendue de 5 lignes de diamètre. Cette membrane circonscrit en conséquence un espace cylindrique, et constitue un canal qui met l'ovaire et la trompe en communication permanente. Ce canal et la portion dilatée qui lui fait suite contiennent du sang ; le reste est rempli par des mucosités sanguinolentes, qui, à la pression, viennent sourdre par l'*ostium uterinum*. La muqueuse tubaire est rouge noir ; les plis radiés sont en partie effacés par suite de la distension qu'ils ont subie. La paroi interne du canal est mince et finement injectée ; elle est haute, suivant les points, de 0,008 à 0,01 ; une coloration différente et l'absence des plis radiés la distinguent de la muqueuse du pavillon. L'espace circulaire que ce canal circonscrit sur l'ovaire ne présente pas de déchirure ni récente ni ancienne, mais deux vésicules de Graaf, dont l'une a le volume d'une aveline et l'autre celui d'une cerise. Cette dernière a acquis son entier développement et se fût déchirée aux premières règles (instantes).

Ovaires. — Outre les vésicules précédemment signalées, l'ovaire gauche en présente quelques autres, mais plus petites ; il y a des cicatrices nombreuses, des points noirâtres tenant à l'hématoïdine altérée, et tout près de son bord supérieur une vésicule vidée qui doit remonter à l'avant-dernière menstruation.

A droite, le volume est plus considérable et les altérations plus prononcées. Outre des cicatrices, des vésicules en voie d'évolution, un corps jaune très beau et datant des dernières règles, on note, tout près de la partie interne de l'ovaire, une cavité aplatie ayant 0,02 dans son diamètre transversal, 0,015 dans son diamètre longitudinal, et de 0,005 à 0,006 dans son diamètre antéro-postérieur. Cette cavité paraît de récente formation ; la pseudo-séreuse qui la revêt est finement injectée et présente par places des ecchymoses noirâtres ; elle contient du sang et des fragments de cruor. L'épaisseur des parois est à peine de 0,001.

Utérus. — L'utérus a les caractères d'un utérus multipare ; le col est effacé et l'orifice déchiqueté. La muqueuse, d'un gris blanc, est parfaitement saine ; au niveau de la corne utérine gauche, on note quelques mucosités sanguinolentes, analogues à celles contenues dans la moitié interne de la trompe correspondante : j'ai déjà dit que par la pression on pouvait les faire sortir par l'*ostium uterinum*.

Les autres particularités de l'autopsie n'étant pas afférentes à mon sujet, je les néglige.

(1) Oldham, *Dysménorrhée pseudo-membraneuse* (*London medical Gazette*, 1846, t. II, p. 270).

Ch. Robin, *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse, de son mucus, de la caduque, etc.* (*Archives générales de médecine*, 1848, 4e série, t. XVII, p. 257 et suiv.).

de la fonction qui produira des accidents plus ou moins graves (1), dont il importe de connaître la cause pour instituer un traitement opportun. Jusqu'à présent, et surtout sous l'influence de la doctrine dite physiologique, les médecins se sont presque uniquement préoccupés de la congestion dont tous les organes génitaux deviennent le siége lors des règles. Ils voyaient dans cette congestion physiologique, sinon le premier degré d'une inflammation, au moins un état tellement voisin, qu'il suffisait, suivant eux, de la moindre cause pour que le développement d'une phlegmasie ait lieu (2). Je ne chercherai pas à mettre en doute le fréquent développement d'inflammations de l'utérus, mais surtout de ses annexes, et le retentissement de ces affections sur le péritoine pelvien, lorsque la congestion est déviée de son type normal ; loin de là, puisque dans un des mémoires suivants je consacrerai un chapitre tout entier aux pelvipéritonites menstruelles (3). Je ne nie pas davantage le développement des phlegmons des ligaments larges sous cette influence (4), mais (ces restrictions faites pour qu'on ne présente pas mon opinion comme exclusive, et partant erronée) je crois que dans un assez grand nombre de cas la congestion morbide ou l'inflammation est secondaire à un vice de l'excrétion, et doit être attribuée à l'action du liquide retenu et à la réaction des organes qui tendent à l'expulser. Dans les faits que j'indique, le phénomène primordial me paraît constitué par la rétention du liquide excrémentitiel dont la sécrétion a lieu, d'une manière assez souvent incomplète, il est vrai, mais continue d'avoir lieu, bien qu'il n'y en ait pas de traces extérieures.

Aussi, dans ces faits, est-ce à la rétention menstruelle, et non au trouble de la sécrétion qui peut, lui, se manifester secondairement,

(1) Comme je l'ai indiqué plus haut, je négligerai ici d'une manière à peu près complète tout ce qui a rapport à la fécondation.

(2) J'ai cherché, autant qu'il m'a été possible, de laisser aux noms leur véritable signification ; aussi, au risque de répétitions, n'ai-je jamais employé comme synonymes l'un de l'autre les mots *phlegmasie* et *inflammation*, dont l'un sert à désigner les maladies d'un certain ordre, et l'autre seulement un travail pathologique, une altération de la nutrition qui se présente non-seulement dans les phlegmasies, mais dans un grand nombre de maladies d'ordres différents. Si j'ai fait cette réflexion, ce n'est pas prétention à un purisme de langue médicale, mais parce que la confusion de ces deux mots a entraîné à des discussions qui n'auraient pas eu lieu, si l'on avait laissé au mot *phlegmasie* sa véritable signification.

(3) *Pelvipéritonite menstruelle*, 3e mémoire.

(4) Gendrin, *Thèse inaugurale de Satis*. Paris, 1847.

qu'on doit, dans mon opinion, rapporter les symptômes qui caractérisent le premier stade de ces affections.

Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les symptômes qui se manifestent dans ces circonstances aux effets que le raisonnement indique devoir être la conséquence d'une interruption brusque du flux cataménial par l'obturation du col utérin. Si les règles ne peuvent être émises au dehors, alors que la sécrétion continue même imparfaitement, elles devront produire bientôt une réplétion plus ou moins complète des cavités sécrétantes, qui sera caractérisée par une sensation de gêne, d'augmentation de volume et de poids, et par quelques phénomènes réactionnels de l'utérus. Ces phénomènes dysménorrhéiques sont bien, on le voit, analogues aux symptômes d'une congestion qu'on suppose généralement être alors la cause des accidents; mais pour qu'ils disparaissent, il suffit, dans le cas de rétention, du retour du flux périodique, qui, faisant cesser la réplétion des organes génitaux, fait disparaître avec elle tous les troubles morbides qu'elle avait fait naître. Cette reproduction du flux fait d'autant mieux disparaître tous les accidents, qu'elle permet alors le rétablissement complet de la sécrétion en partie entravée par la réplétion des organes génitaux, et fait cesser dès lors la congestion qui en avait été la conséquence secondaire.

Si, au contraire, la sécrétion reste impossible, le raisonnement indique que le liquide sécrété, de plus en plus abondant, doit s'accumuler dans l'utérus et dans les trompes, et donner lieu à une distension de plus en plus considérable de ces organes. Mais l'utérus, par l'épaisseur, par la contractilité de ses parois, pourra résister en partie à la distension, et forcera le liquide incompressible à venir se rendre dans les cavités des trompes, incapables d'une réaction suffisante. Aussi cette seconde période de la rétention menstruelle doit-elle donner lieu à des symptômes ayant la plus grande ressemblance avec ceux des phlegmons des ligaments larges, avec lesquels elle a été confondue (1). Cette ressemblance est d'ailleurs d'autant plus grande qu'on voit assez souvent ces parties, par le fait de la distension, devenir le siége d'un travail inflammatoire qui, seul, a attiré l'attention, et a pu être regardé comme une phlegmasie, quoiqu'il ne soit que secondaire. De ce travail inflammatoire résultent des altérations consécutives assez fréquentes qui exigeront un temps

(1) Gendrin, *Thèse de M. Verjus*. Paris, 1844.

plus ou moins long pour disparaître complétement, tandis qu'on verra l'écoulement des règles faire graduellement cesser les accidents tenant à la distension elle-même, qui a été le phénomène initial de la scène morbide.

Si enfin celle-ci est portée plus loin, ou si la trompe et l'ovaire n'ont entre eux que de faibles moyens d'union, on comprend que le liquide cataménial puisse s'épancher dans le ventre, et donner lieu à une péritonite qui, le plus souvent, restera partielle, mais qui cependant peut envahir la séreuse tout entière. Dans cette circonstance, on trouve surajouté à la rétention menstruelle un élément morbide dont les symptômes graves masquent tellement l'affection primitive, qu'on l'a négligée pour ne voir que la péritonite lorsqu'elle est généralisée (1), et pour ne s'occuper, lorsqu'elle est partielle, que de l'épanchement sanguin qu'elle circonscrit, qui, depuis la publication de mon mémoire de 1848, a reçu le nom d'*hématocèle* (2).

On conçoit que tant que cet élément nouveau restera à l'état d'acuité, il entravera l'excrétion du *retentum* menstruel, qui ne pourra se produire qu'après l'amendement de la péritonite, et venir alors exercer, par une sorte d'action réflexe, une heureuse influence sur les lésions péritonéales, en faisant cesser la distension des organes génitaux. Mais je dois dire que le retour de l'excrétion ne peut toutefois faire disparaître les derniers vestiges de la péritonite, qui persisteront à tout jamais, et qui exposeront ultérieurement à de nouveaux accidents dysménorrhéiques semblables à ceux qui les ont fait naître.

Ceux que nous venons d'indiquer, aigus, constituent dans les dysménorrhées une période distincte qui peut, comme nous venons de l'indiquer, présenter trois degrés caractérisés :

Le premier par la réplétion des cavités sécrétantes ;

Le deuxième par la distension et la réaction de l'utérus et des trompes ;

Le troisième par la solution de continuité des moyens d'union existant entre la trompe et l'ovaire, et par le passage dans l'abdomen d'une partie du sang qui distendait les organes génitaux.

---

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXIII, p. 578.

(2) Nélaton (1851). *Leçons orales sur l'hématocèle, faites à l'hôpital des Cliniques et recueillies par MM. Bauchet et Gaillet* (*Gazette des hôpitaux*, 11, 13 et 16 décembre 1851 ; 29 janvier et 10 février 1852).

Mais, si cette solution de continuité n'a pas lieu ou ne donne lieu qu'à une péritonite partielle, on comprend qu'on doive, au bout d'un certain temps, voir l'orgasme diminuer, et se produire alors une nouvelle série de phénomènes due aux changements qui surviennent et dans les liquides et dans les cavités naturelles ou accidentelles qui les contiennent. Cette période, chronique par opposition à la précédente, devra, elle, comprendre différentes affections. De celles-ci, les unes, *concrétions sanguines* (1), *hydropisies de l'utérus et des trompes* (2) ou kystes tubo-ovariens, peuvent être considérées comme les résultats immédiats de la rétention; les autres, *métrites*, *phlegmons des ligaments larges et des fosses iliaques*, ne peuvent au contraire être considérées que comme des résultats médiats. Dans ces dernières affections, en effet, le produit de la rétention joue seulement le rôle d'*épine* par rapport à ces inflammations secondaires, que je dois avec d'autant plus de raison me borner à indiquer dans la période chronique, qu'elles peuvent se produire également et se produisent plus souvent dans la période aiguë, où leur description se trouvera mieux placée.

Mais je me suis déjà trop étendu peut-être sur les raisons qui, *à priori*, peuvent faire accepter dans les rétrécissements utérins une filiation pathologique depuis longtemps appliquée, sauf quelques additions, aux accidents produits par les occlusions congénitales ou acquises de l'utérus ou du vagin. J'ai cru devoir le faire, parce que les symptômes déterminés par ces oblitérations utérines sont tellement analogues à ceux des dysménorrhées, qu'on a lieu de s'étonner qu'on n'ait pas cherché à rapprocher ces deux variétés d'une même lésion, mais cherché au contraire à nous mettre en garde contre ce rapprochement si naturel (3). Aussi n'est-ce pas, *à priori*, que je suis arrivé à l'étiologie que je propose; il a fallu qu'un hasard malheureux me fît voir un caillot sanguin se prolongeant du fond du bassin jusqu'au col perméable, pour me faire admettre d'autres aménorrhées par rétention que celles qu'on indique généralement. Voici, du reste, ce fait, que je crois devoir immédiatement rapporter avec tous ses détails et avec toutes les réflexions qu'il m'a suggérées, parce que cette observation a servi de point de départ à tout ce travail.

---

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 409.
(2) Idem, *ibid.*, t. I, p. 266.
(3) Désormeaux et P. Dubois, AMÉNORRHÉE, *Dict. de méd.*, 2e édit., t. VIII, p. 361.

OBSERVATION I. — *Manifestation des premiers accidents le jour où les règles, jusqu'alors régulières, ne paraissent pas. — Exacerbation des accidents revenant à chacune des quatre époques suivantes où l'excrétion menstruelle devait avoir lieu. — Péritonite mortelle. — Altérations récentes et anciennes du péritoine. — Tumeur formée par l'utérus hypertrophié, par les trompes dilatées adhérentes aux ovaires, par la fin de l'intestin grêle, l'S iliaque, réunis entre eux par des adhérences. — Sang liquide dans l'utérus et la trompe droite. — Sang liquide et caillots anciens dans la trompe gauche. — Caillot sanguin très considérable dans la cavité pelvienne.*

Le 13 août 1844, fut apportée dans le service de M. Piedagnel, dont j'étais l'interne, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 18, Bavoux (Françoise), âgée de quarante ans, demeurant rue de la Roquette. Cette femme, d'une stature moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours été d'une faible constitution, sans avoir éprouvé cependant d'autres maladies sérieuses que celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital.

Réglée à dix-sept ans, elle l'a toujours été régulièrement; l'époque menstruelle revenait toutes les trois semaines; le flux, d'une abondance moyenne, ne durait que trois jours. Elle a été sept fois enceinte. Dans chacune des cinq premières grossesses, elle crut devoir se faire saigner; elle le fut à des époques différentes : 2e mois, 3e, 4e et 5e (*bis*). Dans chacune de ces grossesses, bien que la saignée n'ait pas paru avoir d'influence funeste, au moins immédiatement, elle accoucha avant terme. Chaque fois l'avortement eut lieu entre le sixième et le septième mois. Dans les deux dernières grossesses où elle ne se fit pas saigner, l'accouchement eut lieu au terme normal (1).

Le premier fut heureux, ainsi que les suites de couches. Il n'en fut pas de même pour le dernier qui, après une grossesse pénible, fut long et dut être terminé par la version de l'enfant (28 mai 1841). La malade se rétablit promptement; elle put allaiter son enfant, comme elle avait fait pour le précédent.

Depuis cette époque, la santé fut assez bonne; les menstruations, régulières, avaient lieu presque sans douleur. Elle attribue sa maladie aux longues courses qu'elle fut, le printemps dernier, obligée de faire dans Paris, chargée de lourds fardeaux. Depuis cette époque, elle éprouvait continuellement un sentiment

(1) Qu'il me soit permis de fixer un instant l'attention sur les suites différentes de ces sept grossesses. Dans les deux dernières, on s'abstient d'émissions sanguines, et la grossesse suit son cours naturel. Dans chacune des cinq premières, au contraire, on croit devoir faire une saignée de précaution, et chacune de ces grossesses se termine par un avortement. Ce rapprochement, il faut l'avouer, est bien en faveur de l'aphorisme d'Hippocrate : « Une femme enceinte, saignée, est exposée à avorter, et d'autant plus que le fœtus est plus avancé. » (Hipp., édit. de Littré, t. IV, aph. 31, p. 543.)

de fatigue générale, sans qu'elle puisse indiquer aucun autre symptôme morbide.

Le 2 juin, l'écoulement menstruel attendu ne parut pas; les jours suivants la malade ressentit dans le bas-ventre des douleurs assez vives qui, d'après les renseignements qu'elle nous fournit, se portaient déjà de la région lombaire vers la matrice, et qu'elle compare aux douleurs de l'enfantement. Les douleurs perdirent au bout de quelques jours un peu de leur violence; elles persistèrent cependant avec un caractère toujours bien tranché jusqu'à la fin du mois, où elles reprirent leur première violence.

Dans les premiers jours de juillet, aux douleurs expulsives vinrent se joindre de nouvelles douleurs très vives, occupant tout l'abdomen, mais ayant leur maximum d'intensité vers le fondement, et qui, suivant la malade, étaient les mêmes que celles qu'elle éprouva dans les derniers jours de sa vie. Elle était en même temps en proie à des nausées, des vomissements et à une réaction fébrile bien marquée. Le médecin qui la vit fit appliquer deux fois des sangsues à l'anus, et des vésicatoires sur les fosses iliaques. A cette médication succéda une amélioration assez marquée; mais comme les douleurs expulsives persistaient, on fit prendre à la malade des bains répétés, qu'on renouvela tous les jours dans une exacerbation que présentèrent ces douleurs vers le 20 juillet.

Elle était dans un bain, lorsque ce jour-là, après une douleur plus violente, elle expulsa un caillot membraneux (comme un morceau de peau, dit la malade), qui fut suivi d'un écoulement sanguin peu abondant. Depuis cette époque, elle a rendu sans cesse une petite quantité de sang mêlé à des matières sanieuses. Elle compare cet écoulement à celui qui avait lieu ordinairement le dernier jour de ses règles. La quantité excrétée était plus considérable lorsqu'elle s'était fatiguée. Cette augmentation de l'excrétion était liée à des douleurs expulsives qui se renouvelaient au moindre mouvement, mais qui étaient habituellement moins vives qu'avant le 20 juillet.

Aussi, depuis cette époque, la malade a commencé à pouvoir se lever et à s'occuper un peu de son ménage. Mais l'état général ne s'améliora pas, l'amaigrissement fit des progrès, et la fièvre légère qu'elle éprouvait eut des redoublements plus marqués. Depuis quelques jours les douleurs amendées ont repris une nouvelle intensité. C'est cette nouvelle recrudescence des accidents qui l'a déterminée à venir à l'hôpital, où elle présente l'état suivant :

16 août. — Maigreur très prononcée, face pâle, anxieuse; l'intelligence bien conservée, mémoire très précise, pressentiments funestes. Appétit presque nul, soif modérée; ni nausées, ni vomissements ; deux selles peu abondantes depuis hier, liquides, qui, au moment de leur émission, n'ont déterminé vers l'anus que des douleurs modérées; pression de la région lombaire indolente; urine normale rendue en petite quantité, chaque fois, sans douleur. Abdomen d'un volume normal supérieurement, saillant dans sa partie inférieure, où existe une tension manifeste, plus marquée encore dans les deux fosses iliaques,

qui conservent les traces des vésicatoires. La pression de cette partie inférieure est très douloureuse; cependant on peut en déprimer les parois de manière à examiner assez bien la tumeur qui l'occupe. La pression de la tumeur elle-même est excessivement pénible, parce qu'elle fait renaître et se renouveler d'une manière presque continue les douleurs, qui de la région lombaire se portent vers l'utérus, et qui apparaissent aussi spontanément, et sont caractérisées par leur intermittence et les moments de calme qu'elles laissent entre chacune d'elles. Aussi, pour la malade, elles représentent d'une manière frappante les dernières douleurs de l'accouchement. La pression de la tumeur augmente encore la souffrance continue qu'elle ressent vers le fondement, et qu'elle ne peut caractériser, bien qu'elle soit plus insupportable que la douleur utérine.

La tumeur occupe toute la partie inférieure du ventre; elle paraît composée de trois parties distinctes, dont l'une, gauche, arrondie supérieurement, remonte à deux pouces au-dessus du ligament de Fallope; l'autre, droite, à sommet également arrondi, ne dépasse que d'un pouce le ligament correspondant, et dont la troisième partie, médiane, réunissant entre elles les deux précédentes, paraît se terminer par une surface plane située à un travers de doigt au-dessus du pubis.

Ces tumeurs, fortement tendues, n'offrent pas de fluctuation manifeste, soit par l'exploration extérieure, soit en combinant la pression extérieure et le toucher. Le doigt, après avoir déprimé les plis considérables que forme la muqueuse vaginale, trouve le col situé très bas, à une faible distance du pubis. Le col présente le volume et la forme de la grosse extrémité d'un œuf de poule; ses lèvres, grosses, saillantes, surtout l'inférieure, s'écartent l'une de l'autre, de manière à permettre l'introduction de l'extrémité du doigt. Écoulement continuel d'une petite quantité de sang rouge sans odeur spéciale.

L'utérus, très pesant, forme une masse considérable étroitement enclavée dans la position qu'il a prise. Le seul mouvement qu'on puisse lui imprimer est un léger soulèvement qui se fait sentir dans toute l'étendue de la tumeur. L'exploration vaginale est très pénible, parce qu'elle augmente les douleurs utérines et celles que la malade éprouve vers le fondement.

Fourmillements dans la partie supérieure des deux cuisses, plus intenses à gauche : pouls normal, 72; température de la peau naturelle; fréquentes bouffées de chaleur passagère; refroidissement tous les soirs, surtout sensible aux extrémités. (Prescription : bouillon aux herbes, 2 pots; cataplasme sur le ventre, bain; un cinquième d'aliments.)

Le 21, l'état général n'est pas sensiblement amélioré; la figure de la malade est moins anxiée, l'esprit plus tranquille. Douleurs utérines et rectales toujours très vives, augmentant encore par la pression de la tumeur et l'exploration vaginale; fourmillements aussi marqués. La tumeur paraît avoir diminué de volume : depuis trois jours, M. Piedagnel croit reconnaître de la fluctuation

dans la partie gauche, tandis qu'elle ne peut être perçue ni dans la partie droite, ni dans la partie moyenne, dont cependant la tension est moins marquée. Col utérin plus abaissé que lors du dernier examen, venant arc-bouter contre la face postérieure du pubis et présentant là une courbure à concavité supérieure. Écoulement sanguin plus considérable depuis ces jours derniers. Fonctions digestives normales; les nausées qu'elle éprouvait hier ont cessé; trois selles liquides, rendues assez facilement, dont l'excrétion a été peu douloureuse. Miction fréquente sans ténesme vésical. Pouls normal, chaleur de la peau naturelle; mais les bouffées de chaleur, le frisson du soir, existent toujours. (Même prescription ; deux cinquièmes d'aliments.)

Le 26, l'état général reste le même. Les douleurs de la malade sont aussi vives; seulement les douleurs utérines spontanées reviennent moins souvent depuis que l'écoulement augmente de jour en jour. La tumeur a sensiblement diminué de volume; les deux parties latérales, moins tendues, offrent une fluctuation manifeste, mais on ne peut en constater dans la partie moyenne. Le col utérin, arc-bouté contre le pubis, offre une antéflexion très marquée; sa dilatation est telle, qu'elle permet l'introduction de la première phalange de l'index presque tout entière. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Deux selles normales dont l'excrétion n'a déterminé que des douleurs modérées. Pouls, 72; température de la peau naturelle. (Prescription : tisane d'orge, cataplasme; deux cinquièmes d'aliments.)

Le 27, la malade, à la suite de l'examen d'hier, a éprouvé pendant quelques heures des douleurs beaucoup plus violentes que les jours précédents, mais elles se sont calmées dans la soirée. On ne trouve aujourd'hui aucun changement notable soit dans l'état général, soit dans celui de la tumeur. Pas de selles. (Même prescription, à laquelle on ajoute un bain.)

Depuis la visite, la malade n'avait rien éprouvé de particulier que l'excrétion très pénible de matières fécales bien liées entre elles, lorsque, vers midi, elle éprouva tout à coup dans le bain des douleurs très violentes. Aucun frisson n'avait précédé la manifestation de ces douleurs qui, limitées d'abord à la partie inférieure du ventre, se sont bientôt irradiées dans toute son étendue. Calmées un peu dans le bain, elles sont revenues intolérables quand la malade a été replacée dans son lit, où elle présente le soir l'état suivant :

Facies grippé, agitation continuelle, plaintes incessantes; désespoir de la malade, qui voit dans ces souffrances le retour des accidents qu'elle a éprouvés au mois de juillet. Abdomen peu tendu, assez souple, même dans la partie inférieure, où les douleurs sont atroces, et dont la moindre pression arrache des cris à la malade. Vomissements répétés de matières albumineuses, verdâtres; respiration accélérée, pouls petit, serré, fréquent (abdominal). (Prescription : 40 sangsues sur le ventre, fomentations émollientes.) L'application de sangsues n'a donné lieu qu'à une perte de sang peu considérable, qui cependant a calmé un peu les douleurs.

Ce matin, le facies est grippé, les yeux caves; la face porte l'empreinte d'une anxiété et d'une douleur très vives. Pressentiments funestes. Décubitus variant à chaque instant, mais le plus souvent dorsal avec inclinaison latérale droite. Soif vive, langue rouge à son limbe; nausées continuelles, vomissements répétés de même nature que ceux d'hier soir; une selle peu copieuse, présentant les mêmes caractères que celle d'hier; ventre légèrement ballonné, tension médiocre dans la partie supérieure, assez considérable inférieurement. Sonorité exagérée. Douleurs moins insupportables, mais encore très violentes, occupant tout l'abdomen, augmentant par le moindre contact, les mouvements et les inspirations profondes. La défécation, survenue dans un effort de vomissement, n'a pas déterminé de vives douleurs vers le fondement. Les douleurs utérines sont à peine senties par la malade, soit qu'elles n'existent pas, ou qu'elles se confondent avec les douleurs abdominales. Les tumeurs, qu'on ne peut examiner que très superficiellement, paraissent être dans le même état qu'avant le développement de la péritonite. Urine peu abondante, foncée en couleur, rendue facilement. Respiration accélérée; pouls petit, serré, dur (105-110); chaleur de la peau, sèche. (Prescription : limonade, glace pour étancher la soif; potion purgative avec huile de ricin, huile d'amandes douces, sirop d'orange, de chaque 30 grammes; 50 sangsues sur l'abdomen, cataplasmes, diète.)

Le 29, l'état de la malade a empiré; immobilité presque absolue, plaintes incessantes, facies très mauvais, vomissements excessivement nombreux, rappelés par la moindre quantité de liquide ingérée pour apaiser la soif ardente; pas de selles; ballonnement de tout l'abdomen où se dessinent les anses intestinales distendues; douleurs excessives dans toute son étendue. Respiration très précipitée; pouls petit, difficile à compter à cause de sa fréquence. (Prescription : limonade, tranches de citron, lavement purgatif, large vésicatoire couvrant tout l'abdomen.)

Le 30, affaissement général dont on ne peut qu'en partie tirer la malade; grognement continu, facies cadavérique, ballonnement extrême de l'abdomen; vomissements répétés hier pendant toute la journée; pas de selles. (Même prescription; réappliquer le vésicatoire, qui n'a pris que par places disséminées.) Mort à midi.

Autopsie quarante-six heures après la mort, temps chaud et sec. — Le cadavre, assez bien conservé, présente seulement sur l'abdomen quelques plaques verdâtres. Le crâne, la colonne vertébrale, n'ont pas été ouverts.

Les plèvres contiennent peu de sérosité; elles sont saines, sans adhérences. Les poumons, sains, ne contiennent pas un tubercule. Le péricarde est sain; le cœur, petit, est loin d'égaler le volume du poing du sujet. Les cavités droites contiennent seulement un petit caillot blanc, rosé, assez ferme, mais pas de sang liquide. Les cavités gauches également ne contiennent pas de sang liquide, elles renferment un caillot plus volumineux et plus ferme que celui

des cavités droites; il est intriqué dans les colonnes charnues et les valvules, qui sont saines, suffisantes. L'endocarde présente dans toute son étendue une rougeur assez vive due à une imbibition cadavérique. L'aorte ascendante contient un caillot ferme, dont le volume est inférieur au calibre du vaisseau, avec lequel il n'a pas d'adhérences. Dans le reste de l'étendue de cette artère, ainsi que dans les artères iliaques, on trouve du sang liquide; ces vaisseaux, ainsi que les hypogastriques et leurs divisions que nous avons minutieusement disséquées, sont sains. Les veines caves, les iliaques, les hypogastriques, ont été examinées avec soin; ces veines, remplies de sang liquide, nous ont paru être aussi parfaitement saines; les veines du rectum seules ont présenté quelque chose d'anormal, elles formaient des tumeurs hémorrhoïdaires.

L'abdomen présentait un ballonnement aussi considérable que pendant la vie. Le foie, la vésicule biliaire, la rate, sains d'ailleurs, présentent, ainsi que les intestins et même l'estomac,, des adhérences au péritoine pariétal dans tous les points où il y avait contact. Cette adhérence, très faible, ressemble à celle qu'on produirait par l'interposition d'une couche mince d'amidon récent; La moindre traction suffit pour désunir ces parties, et l'on voit sur chacune d'elles l'espèce de glu qui les unissait. Dans les parties déclives et dans les sinuosités que laissent entre elles les anses intestinales, on trouve un liquide d'un rouge brun sale, couleur de brique pilée; le liquide s'écoule facilement; sa quantité peut être évaluée à un litre et demi.

Le péritoine pariétal correspondant à l'estomac présente des macules rouges qui tranchent sur la coloration ardoisée qu'il offre dans toute son étendue; cette coloration est inférieurement d'un bleu foncé marbré de noir. La surface externe des intestins offre une coloration analogue; elle est complétement mélanique dans les six derniers pouces de l'intestin grêle, le cæcum, l'S iliaque, qui entrent comme parties constituantes de la cloison solide qui sépare du reste de l'abdomen le bassin, où le péritoine présentait des altérations que nous décrirons plus loin.

La cloison occupant tout le détroit supérieur est constituée par la vessie, l'utérus, deux tumeurs ovariques, l'S iliaque, la fin de l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice vermiculaire, qui, réunis entre eux par des adhérences solides de manière à ne former qu'un tout, sont disposés de la manière suivante. Sur la ligne médiane se trouve la vessie, petite, aplatie d'avant en arrière, séparée du pubis par du tissu cellulaire, infiltrée de sérosité jaunâtre. Derrière elle est l'utérus dévié de sa direction normale, de telle sorte que son bord gauche répond au plan de la symphyse pubienne, son bord droit à la symphyse sacro-iliaque correspondante. La partie moyenne du fond de l'utérus est recouverte par une partie de la tumeur ovarique droite dont l'autre partie s'est interposée entre la branche horizontale du pubis et le cæcum qu'elle refoule en arrière. Sur la partie postérieure du fond de l'utérus est placée la fin de l'intestin grêle, qui est là comme étranglé par une bride assez lâche formée

par l'appendice vermiculaire, qui, après avoir recouvert la face antérieure, puis supérieure de cet intestin, vient, par son sommet, adhérer au mésentère. La face postérieure de l'utérus est en rapport, dans sa plus grande étendue, avec la tumeur ovarique gauche, entre laquelle s'interpose en arrière l'S iliaque qui la sépare postérieurement de cette partie gauche du détroit avec lequel elle est en rapport dans ses trois quarts antérieurs. La partie la plus reculée de la face postérieure de la matrice est adhérente à la fin de l'S iliaque, qui a beaucoup dépassé à droite le corps des vertèbres, et qui présente d'ailleurs des adhérences nombreuses avec l'intestin grêle.

Tube digestif. — Toutes les parties situées au-dessus de la portion de l'intestin grêle comprise dans les adhérences sont dilatées. Cette dilatation, marquée même dans la partie inférieure de l'œsophage, est extrême dans l'estomac tympanisé, très considérable dans la partie supérieure de l'intestin grêle, puis elle diminue graduellement à mesure qu'on se rapproche du cæcum.

L'œsophage contient une certaine quantité de matières albumineuses jaunâtres qu'on retrouve avec des gaz et des tranches de citron dans l'estomac; le duodénum renferme un liquide oléagineux, et l'intestin grêle des mucosités jaunâtres. La muqueuse de toutes ces parties, d'un gris blanchâtre, présente les caractères normaux, qui persistent même dans les parties comprises dans la tumeur. Il n'en est pas de même pour les autres tuniques interposées entre la muqueuse et le péritoine; normales dans l'estomac et la plus grande partie de l'intestin grêle, ces tuniques présentent, dans les parties adhérentes, plus de 3 lignes d'épaisseur; elles sont là fermes, dures, comme fibreuses.

Le côlon est sain, mais la fin de l'S iliaque et le rectum, très rétrécis, présentent, outre les altérations péritonéales que nous décrirons plus loin, un épaississement considérable de la musculeuse et des deux couches celluleuses voisines. Ces membranes forment par leur union une lame très ferme et très résistante, traversée par un grand nombre de vaisseaux plus considérables qu'à l'état normal. A ces vaisseaux nombreux, surtout dans la tunique sous-péritonéale, étaient accolées de petites masses sanguines à chacune desquelles se rendaient une artériole et plusieurs veinules. Le nombre de ces tumeurs hémorrhoïdales augmentait d'autant plus dans chacune des tuniques rectales, qu'on se rapprochait plus de la muqueuse, dans l'épaisseur de laquelle elles étaient surtout multipliées. Leur quantité était ainsi presque en sens inverse du nombre des vaisseaux. De ceux-ci, il n'était pas possible d'en suivre un seul dans le péritoine, et moins encore dans la lame cartilagineuse superposée.

Organes génitaux. — L'utérus offre une augmentation considérable de volume et de poids, qui tient à la dilatation de sa cavité, mais surtout à l'épaississement de ses parois, triples au moins de ce qu'ils sont dans l'état de vacuité. L'hypertrophie est plus marquée encore dans le col, dont les parois

fermes, blanchâtres, offrent une structure fibreuse d'une grande résistance. La pression des parois de ces cavités ne fait pas sourdre une quantité de sang notable, bien que cependant l'utérus contienne à peu près une once de sang d'un rouge rutilant, accumulé dans la partie de la cavité utérine attenant au col, qui est perméable dans toute son étendue.

Les tumeurs auxquelles nous avons donné improprement le nom d'*ovariques* présentent entre elles de nombreuses différences. La droite, plus élevée, placée plus avant que la gauche, offre le volume d'un œuf de poule. La surface externe de cette tumeur, qui extérieurement paraît close, est d'un rouge brun assez vif et hérissée de villosités irrégulières; mais quand on ouvre le kyste, on trouve qu'il communique dans sa partie interne avec la cavité utérine. Cette communication est constituée par la trompe de Fallope qui, dans l'épaisseur des parois utérines et au delà, dans une étendue de 6 lignes, offre un calibre tel qu'il permet seulement l'introduction d'un stylet fin. Bientôt cette trompe s'élargit rapidement pour constituer la poche anormale, dont une partie seulement est formée par la face antérieure de l'ovaire, au pourtour de laquelle vient adhérer l'extrémité frangée du pavillon légèrement plissé sur lui-même. L'adhérence de ces deux parties est tellement solide, que des tractions amènent des déchirures du kyste plutôt que la désunion des deux organes. Elle contient un liquide qui, par sa couleur, ressemble à un mélange de sang et de pus, et quelques caillots brunâtres ayant la consistance de la gelée de groseille récente, tandis que la partie intra-utérine de la trompe contient du sang d'un rouge rutilant. La face interne de cette poche est hérissée de villosités assez longues, d'un rouge brun vif.

L'autre tumeur, beaucoup plus considérable, a le volume d'un gros œuf de dinde. La surface extérieure, couverte de fausses membranes bien organisées, est d'un rouge pâle; la cavité contient des caillots sanguins dont les uns sont récents, dont les autres, d'un petit volume, fibrineux, très fermes, d'une teinte rouillée pâle, sont anciens; ils nagent dans un liquide brun sale, comme sanieux. Un stylet assez fin, introduit dans l'orifice utérin de la trompe gauche, vient faire saillie dans la cavité anormale. Ce conduit présente sa longueur normale; il est compris dans la paroi antérieure, puis inférieure du kyste, dans lequel il vient s'ouvrir à l'union du tiers moyen au tiers externe. Le calibre de la trompe n'offre de dilatation considérable que dans sa partie externe, où le corps, frangé, étalé, vient former une partie de la poche. Celle-ci est constituée, d'autre part, par une grande partie du ligament large, par l'ovaire et par les fausses membranes qui unissent entre elles ces parties, et celles-ci au péritoine pariétal, qui forme une assez grande étendue des parois du kyste. Sa surface interne est toute composée de fongosités brunâtres, très longues, molles, qui s'arrachent avec la plus grande facilité. Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver dans ces fausses membranes la communication de la poche avec la cavité abdominale.

La cavité pelvienne, rendue indépendante par les adhérences de tous les organes qui remplissent le détroit supérieur, constitue un nouveau kyste plus spacieux que les deux précédents. Sa base est formée par la face inférieure des tumeurs ovariques et des circonvolutions intestinales; son sommet, par la réflexion du péritoine sur le rectum, qui vient constituer une partie de la face postérieure de cette poche. Elle est divisée en deux parties inégales par une sorte de cloison incomplète, résultant en avant de la saillie du bord droit de l'utérus dévié, résultant en arrière de la déviation du rectum très fortement porté à droite. L'espace que laissent entre eux ces deux organes indépendants l'un de l'autre fait communiquer entre elles ces deux parties de la cavité dont chacune diffère de l'autre, non-seulement par sa capacité, mais par son contenu. La partie droite ne contient qu'un quide d'un rouge-brique assez clair, tandis que la gauche renferme un gros caillot sanguin ayant la forme d'un cône tronqué qui aurait à peu près 3 pouces de hauteur, 1 pouce de diamètre à sa base, un demi-pouce à son sommet qui est inférieur. Ce caillot, ferme, solide, peut être serré assez fortement sans se désagréger; il reste entier quand on le laisse tomber d'assez haut sur la table de dissection. Cependant sa consistance est bien moindre dans sa moitié supérieure, où il est brunâtre, que dans sa partie inférieure, où il est d'un rose pâle, et où il offre les caractères d'une masse de fibrine qu'on aurait obtenue par le battage du sang, puis fortement comprimée. Ce caillot remplit presque entièrement la partie pelvienne gauche, où il n'est entouré que par une faible quantité du liquide qui existe seul à droite. Les parois de cette cavité sont hérissées de villosités irrégulières, molles, friables, ayant plusieurs centimètres de longueur; elles sont implantées sur une substance qui, par sa couleur, sa consistance, sa texture, rappelle un cartilage, et dans lequel on ne peut distinguer le péritoine qui lui a donné naissance. Dans aucun point de la poche nous n'avons pu constater l'ouverture d'un vaisseau. Bien plus, on ne pouvait constater l'existence manifeste d'aucun vaisseau dans l'épaisseur du cartilage accidentel.

Les organes urinaires étaient sains.

Cette observation nous présente, d'une part, une suite de tableaux morbides différents, de l'autre des altérations anatomiques nombreuses, que nous devons rapprocher les uns des autres, de manière à réunir ce qui appartient (symptômes et lésions) à chacune des affections distinctes qui se sont succédé chez cette femme, pour en déduire la liaison pathologique de ces différentes affections entre elles. Pour nous guider dans cette discussion, nous nous servirons surtout de l'anatomie pathologique, qui nous offre à considérer des altérations multiples, mais qui peuvent se rattacher à deux groupes

comprenant, l'un les altérations du péritoine, l'autre celle des organes génitaux.

Des altérations du péritoine, les unes sont récentes, les autres, au contraire, anciennes. Les premières, épanchement de sérosité purulente, adhérences glutineuses qui réunissent les deux feuillets du péritoine de la cavité abdominale proprement dite dans presque toute son étendue, nous paraissent devoir être rapportées à une péritonite qui débuta le 27, et fut indiquée par les symptômes suivants : douleurs péritonéales bien caractérisées, ballonnement du ventre, nausées, vomissements, constipation, pouls abdominal, affaissement général dans lequel la malade succomba le quatrième jour du début de ces accidents.

Nous regardons au contraire comme anciennes : la coloration bleuâtre du péritoine pariétal ; la teinte mélanique de cette partie de la séreuse qui recouvre la fin de l'intestin grêle, le cæcum, l'S iliaque ; les fausses membranes qui unissent ces parties entre elles, et celles-ci aux organes génitaux ; enfin la cartilaginification du petit bassin. En effet, l'organisation avancée et la coloration de tous ces produits inflammatoires du péritoine nous autorisent à croire que l'inflammation de la séreuse qui lui a donné naissance a débuté à une époque bien antérieure à celle de la mort. Or, on trouve dans les antécédents que, deux mois avant la terminaison fatale, cette femme, qui jusqu'alors n'avait éprouvé aucune affection péritonéale, fut tout à coup en proie à des douleurs abdominales entièrement semblables à celles qu'elle ressentit plus tard, lors de sa péritonite mortelle. On trouve de plus que cette douleur était accompagnée du cortége symptomatique habituel des péritonites : ballonnement du ventre, nausées, vomissements, réaction fébrile, qui nécessita l'emploi de sangsues nombreuses, de deux vésicatoires sur les fosses iliaques. Aussi le rapprochement de ces diverses circonstances nous permet-il de conclure que les altérations anciennes du péritoine avaient pris naissance dans les premiers jours de juillet, époque à laquelle apparurent les symptômes que nous venons de considérer comme indiquant une inflammation aiguë de cette séreuse. Mais nous devons, à cause de l'épaississement des membranes, de la cartilaginification du péritoine pelvien, et des villosités si considérables implantées sur la surface de ce cartilage accidentel, penser que cette péritonite, aiguë d'abord, est devenue ultérieurement chro-

nique. Il nous est toutefois difficile de déterminer, au milieu de toutes les complications qui existaient ici, quels étaient les signes de cette inflammation chronique d'une partie du péritoine. Je serais cependant disposé à rapporter, en partie du moins, à cette péritonite chronique : la douleur, exaspérée par les défécations, qui était continuellement ressentie vers le rectum, la fièvre continue, les frissons irréguliers éprouvés par la malade, parce que des symptômes semblables ont été observés dans des faits analogues à celui-ci (1).

Mais quelle a pu être la cause de ces deux péritonites aiguës qui se sont succédé à sept semaines d'intervalle l'une de l'autre, et qui probablement, suivant la remarque si vraie de M. le professeur Chomel (2), étaient liées à une affection des viscères abdominaux? Nous pouvons, je crois, sans même tenir compte de certaines circonstances sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, attribuer le développement de ces inflammations de la séreuse à l'affection complexe des organes génitaux anatomiquement caractérisée par les lésions suivantes : augmentation de volume de l'utérus; tumeurs enkystées résultant, à droite, de l'adhérence à l'ovaire de la trompe dilatée ; résultant, à gauche, de l'interposition de fausses membranes entre les bords du corps frangé démesurément agrandi et les parties voisines. Les caractères de ces nombreuses altérations des organes génitaux, ainsi que ceux du sang qu'ils contiennent, établissent en effet l'ancienneté de cette affection qui, d'ailleurs, était annoncée par des symptômes nombreux qui, nous devons le faire remarquer, préexistaient en partie au développement de la première péritonite. Ainsi elle était indiquée d'une part par des signes physiques : tumeur hypogastrique, enclavement de l'utérus, augmentation de son volume et de son poids, abaissement de son col déformé ; d'autre part, par des troubles fonctionnels : sentiment de pesanteur dans le bassin, tranchées utérines, enfin absence d'excrétion menstruelle, remplacée, après l'expulsion d'un caillot fibrineux, par un écoulement sanguin continu. Ces deux ordres de symptômes rendaient bien manifeste pendant la vie le siége de l'affection, mais laissaient de l'incertitude sur la nature de l'affection des organes génitaux qui se présentait avec un cachet tout particulier.

La nature de cette affection paraît démontrée par les caractères

(1) Andral, *Clinique médicale*, 4e édit., t. II, p. 687.
(2) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XXIII, p. 560.

des altérations anatomiques constatées dans les organes génitaux, puisqu'on ne peut s'empêcher de regarder l'induration des parois utérines hypertrophiées, les fausses membranes qui forment les tumeurs ovariques, les villosités qui hérissent la surface interne de ces cavités, enfin la sérosité sanguino-purulente qu'elles contiennent, comme les stigmates d'un état inflammatoire de longue durée. Mais cette inflammation, évidente dans les trompes, excessivement probable dans l'utérus, ne semble pas, d'après l'étude attentive des symptômes, avoir été primitive ; elle paraît, au contraire, reconnaître pour cause la présence d'un corps étranger contre lequel la matrice s'est épuisée en efforts inutiles, sans pouvoir l'expulser. En effet, le sentiment de pesanteur pelvienne, les douleurs intermittentes semblables à celles de l'enfantement, qui, trois ans après un accouchement artificiel, viennent sans cause connue remplacer une menstruation absente, n'ont rien qui caractérise d'une manière incontestable une inflammation utérine. Ces premiers symptômes s'expliquent au contraire très bien par une rétention du flux menstruel produite par un mécanisme analogue à celui qui, dans les gonflements de la prostate, donne lieu à une rétention urinaire. La présence du sang retenu dans la cavité utérine par le gonflement du col causé par le dernier accouchement, rend compte de l'augmentation de volume et de poids de la matrice ; elle rend compte également de la manifestation des douleurs expulsives qui se produisent pour faire cesser cette réplétion anormale. Ces premiers symptômes prennent d'ailleurs une signification plus évidente lorsqu'on les rapproche des autres accidents, et lorsqu'on tient compte des modifications qu'ils subissent les uns et les autres dans leur marche à certaines époques déterminées. Ainsi ils persistent avec les mêmes caractères jusqu'à la fin du mois, époque à laquelle devrait avoir lieu la deuxième menstruation absente ; ils prennent alors une intensité nouvelle à la suite de laquelle apparaît la première péritonite, qui semble avoir été déjà compliquée de tuméfaction des fosses iliaques, à cause de l'apposition de vésicatoires sur ces régions. Cette péritonite amendée, la pesanteur hypogastrique et les tranchées utérines, suspendues pendant son cours, reparaissent pendant tout le deuxième mois, plus marquées que pendant le mois précédent, et durent ainsi jusque vers le 20 juillet. Alors nouvel orage de douleurs qui donne lieu à l'expulsion d'un caillot sanguin semblable à un morceau de peau, qui

n'est suivi que d'un soulagement fort médiocre pour la malade. Elle est tourmentée encore par le sentiment de pesanteur pelvienne et par des douleurs utérines, mais qui dès lors ne s'exercent plus en pure perte, et donnent lieu à un suintement sanguin continu jusqu'à la quatrième époque. A ce moment la malade se trouve de nouveau plus mal; toutefois ce n'est que sept ou huit jours après (21 août) que l'on observe les symptômes les plus tranchés de cette recrudescence : abaissement considérable de l'utérus, dilatation de son col déformé, contractions utérines violentes, augmentation de l'écoulement sanguin. Cet état persiste pendant une semaine, au bout de laquelle surgit la péritonite mortelle. Ainsi les symptômes qui pourraient faire croire à une métrite, bien qu'ils s'observent également dans toutes les circonstancesqui déterminent une augmentation de l'utérus, se présentent ici avec un caractère bien tranché, c'est d'augmenter à chacune des époques cataméniales, de persister, augmentés, après chacune des menstruations restées sans excrétion. Ils offrent encore ceci de particulier, c'est de ne commencer à diminuer qu'après la manifestation d'un écoulement sanguin qui, peu considérable, ne donne lieu qu'à une amélioration légère elle-même et de courte durée, puisque la quatrième menstruation ramène, en les exagérant encore, les accidents qui n'ont cessé d'exister depuis le jour où les règles attendues ne se sont pas produites au dehors.

A côté de ces symptômes dépendants de l'augmentation périodique du volume de la matrice, on en trouve d'autres qui feraient bien plutôt croire à un avortement qu'à une métrite, ce sont les contractions utérines énergiques, intermittentes, et l'écoulement sanguin. On voit, en effet, dans ce cas, un travail expulsif semblable à celui d'un avortement, mais qui présente cette singularité remarquable : de durer trois mois, et d'augmenter par saccades, à mesure que, d'une manière mensuellement intermittente, le produit à expulser augmente. Ce travail expulsif présente encore cette circonstance notable de rester stérile, tant que le col ne livre point passage au caillot fibrineux qui en ferme la lumière, et de durer ensuite près de deux mois, à une sorte d'état chronique, parce que sans doute l'induration du col hypertrophié offrait trop de résistance pour que cet organe puisse se dilater de manière à permettre l'expulsion complète du sang retenu, mais surtout parce qu'une partie du corps étranger siégeait en dehors de la matrice. Du reste, la supposition

d'un avortement tombe d'elle-même, non-seulement à cause de cette longueur et de cette irrégularité périodique du travail expulsif, mais principalement parce que nous n'avons trouvé aucun produit qu'on pût rattacher à une conception. Le seul corps étranger existant, non-seulement dans l'utérus, mais dans les trompes et dans le péritoine, était constitué par du sang dont la quantité et les qualités étaient d'ailleurs très différentes dans chacune des cavités qui le contenaient, suivant sans doute la force contractile plus ou moins grande de chacune de celles-ci. Ainsi on ne trouvait dans la matrice qu'une très faible quantité de sang rouge rutilant, que deux cuillerées de sang liquide altéré et des caillots récents dans la tumeur ovarique droite, tandis que la tumeur gauche, formée en grande partie par des fausses membranes, renfermait au moins le triple de ce même liquide, et de nombreux caillots qui, la plupart, étaient décolorés. Ces altérations différentes du sang contenu dans chacune des cavités me paraissent des plus importantes à noter, parce qu'elles semblent permettre d'assigner un âge différent à chacune des parties qui constituent le *retentum*, et correspondant pour chacune d'elles à chacune des époques successives où l'excrétion menstruelle n'a pu avoir lieu. Aussi après tous les détails dans lesquels je suis entré, me paraît-il établi que le corps étranger contenu dans les organes génitaux n'était autre que le produit des différentes sécrétions cataméniales non excrétées et altérées par un séjour plus ou moins prolongé dans chacune des cavités génitales qui le contenaient.

Mais le sang qu'on trouvait dans la cavité abdominale avait-il la même origine? Les caractères différents des diverses parties de cet épanchement permettent d'abord de reconnaître, comme dans le *retentum* génital, un âge différent à chacune d'elles. Ainsi le sang liquide combiné avec la sérosité purulente des cavités abdominale et pelvienne, la partie supérieure du caillot contenu dans le bassin, paraissent être le résultat d'une hémorrhagie toute récente; tandis que la partie inférieure de ce même caillot, à demi desséchée, semble résulter au contraire d'une hémorrhagie déjà ancienne. Les caractères des produits de chacun de ces deux épanchements intra-abdominaux sont si analogues à ceux des caillots, les uns contenus dans la tumeur ovarique droite, les autres, plus anciens, contenus dans la tumeur gauche, qu'ils paraissent établir une entière connexion, d'une part, entre ces dépôts sanguins, les uns intra-génitaux, les

autres intra-abdominaux; et, d'autre part, entre ceux-ci et chacune des deux péritonites. En effet, la coïncidence du début de chacune de ces péritonites avec les époques menstruelles auxquelles on peut également, par les caractères qu'ils présentent, rapporter chacun des épanchements sanguins, permet de croire que chaque fois l'inflammation de la séreuse fut la conséquence de l'hémorrhagie qui se produisait dans sa cavité. Or, cet épanchement sanguin ne peut être attribué ni à une diathèse hémorrhagique, puisqu'on ne trouve aucun symptôme propre aux maladies qui leur donnent lieu, ni à une rupture d'un des vaisseaux de l'abdomen, puisque ceux-ci, artériels et veineux, minutieusement examinés, présentent une intégrité parfaite. Cette hémorrhagie intrapéritonéale ne peut être attribuée avec plus de raison à une déviation menstruelle, à cause de l'existence, dans les organes génitaux, de collections sanguines que je me suis cru autorisé à considérer comme le produit des sécrétions cataméniales non excrétées. Il faudrait d'ailleurs admettre un concours de circonstances exceptionnelles pour croire succédanée de la sécrétion menstruelle, non abolie, une hémorrhagie qui, non-seulement se produit dans le péritoine, mais se produit juste au contact des organes génitaux eux-mêmes remplis de sang, qui même se produit exactement dans la partie de cette séreuse attenante à celle des tumeurs ovariques dont la cavité, distendue par du sang, n'est rendue indépendante de l'abdomen que par quelques fausses membranes. Le siége de l'épanchement, mais surtout les dispositions de la tumeur sur laquelle il est, pour ainsi dire, implanté, nous semblent révéler quel fut le véritable point de départ de l'hémorrhagie. Ainsi tandis que la trompe droite adhère immédiatement à l'ovaire, on voit qu'il a fallu à gauche que ces deux organes distants l'un de l'autre s'unissent, d'une part, au péritoine pariétal, et de l'autre au ligament large, pour former un kyste qui, dans une certaine étendue encore, n'a pour parois que des produits inflammatoires dont les caractères sont les mêmes que ceux des autres altérations anciennes de la séreuse. J'ai cru pouvoir conclure de là, que, suivant toute probabilité, au moment où l'inflammation s'est développée, la trompe et l'ovaire gauches avaient cessé d'être en rapport l'un avec l'autre, et que cette disjonction, réparée ultérieurement par l'organisation de fausses membranes, a permis le passage dans le ventre d'une partie des règles qui est venue former le premier

épanchement pelvien, et ainsi donner lieu à la première péritonite.

J'ai cru également qu'il était permis, malgré l'absence de preuves directes, d'admettre que le deuxième épanchement était la conséquence d'une perforation qui, bien qu'elle fût récente, a pu m'échapper, soit parce que je n'étais pas prévenu de son existence lors de l'examen, soit parce que je n'ai pas su distinguer au milieu des fausses membranes celles qui, nouvelles, la dérobaient aux regards. Ainsi je crois que l'hémorrhagie récente était due, comme la première, à une solution de continuité du kyste ovarique gauche, non-seulement à cause de la diminution du volume qu'offrit cette tumeur quelques heures avant le développement de la dernière péritonite, mais surtout à cause du siége du caillot pelvien. Le double siége de l'épanchement fait penser que la solution de continuité devait être située de telle sorte qu'elle permît au sang, d'une part, de se précipiter dans le bassin, et, d'autre part, de se répandre dans la cavité abdominale, séparés l'un de l'autre par la cloison accidentelle existant au niveau du détroit supérieur. On peut, avec quelque raison, accuser cette diffusion de l'hémorrhagie d'avoir été cause de la généralisation de la dernière péritonite dont la terminaison fatale a permis de connaître la cause. Aussi avais-je cru en 1848 qu'on accepterait sans contestation aucune la possibilité de cette migration dans l'abdomen de la sécrétion cataméniale qui, depuis Ruysch, paraissait avoir acquis droit de domicile scientifique, et avait été admise par des médecins et des anatomistes de premier ordre, comme on peut le voir par la note placée ci-dessous, que j'étais loin à cette époque de croire nécessaire (1). Aux dénégations sans

(1) Ruysch (1691), *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. 85, p. 110. Amsterdam, 1691. Je cite cette édition qui, suivant la remarque de mon cher ami, René Marjolin, est la bonne (par ce qu'il y a) ; il en possède une autre (de 1637, je crois) très incomplète. Je transcrirai, quelques lignes plus loin, l'observation où Ruysch formulé son opinion.

Acta eruditorum. Leipzig, volume X, p. 69. Je dois prévenir que l'observation citée de cette collection est un extrait de l'observation de Ruysch qui avait paru à la savante compagnie d'une telle importance, qu'ils l'ont reproduite pour vulgariser son opinion.

Martin Schurgius (1729), *Muliebria historico-medica ;* « quandòque etiam lochia atque menses, etc. » (P. 380.) — *Parthenologia*, p. 83. Dresde et Leipzig.

J.-P. Franck, t. II, p. 267, édition française de Double. Paris, 1842.

Bright, Société médico-chirurgicale de Londres, *Discussion de l'observation de M. Barlow reproduite en extrait* (*Archiv. générales*, 3e série, t. VII, p. 368).

A ces citations j'ajouterai : 1° l'observation de Ruysch ; 2° deux observations publiées

preuves et à la critique quelque peu cavalière que de malheureux élèves qui, avant d'écrire, devraient prendre la peine de quelque peu lire, ont faites de cette opinion qui a été celle de médecins aussi con-

---

par M. le docteur Hélie, professeur à l'École préparatoire de Nantes : *Recherches sur la structure des trompes utérines, suivies de quelques considérations relatives aux hématocèles rétro-utérines* (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1858, 178e et 179e livraisons, p. 280 et suiv.).

Obs. de Ruysch. — *Verosimilis eruptio menstruorum per tubam Fallopianam in pelvim.*

« Probabile esse humores heterogenos in utero contentos per oviductus seu tubas Fallopianas ad pelvim et abdominis cavitatem posse deduci in parturientibus superius innui. Quominus quoque sanguis ex uteri cavitate per dictos ductus ore uteri clauso ad pelvim pervenire possit extra stratum partus, haud video ; imo rem probabilem in medium proferam. *Menstruatæ olim apparuit cadaver* Rhoonhusius, chirurgus dexterrimus (præsentibus Dre Dortmuntio, ejusdem nosocomii medico meritissimo, necnon Adriano Coenerdingio, chirurgo eximio), *in cujus uteri cavitate coagulatum observavit cruorem uteroque leviter adhærentem, quo tuba ejusdem lateris quoque non solum erat conspersa, verum etiam ovarium, in cujus superficie coagulatus copiose firmiterque adhærebat.* Hunc uterum cum ovario anexo et sanguine coagulato prout mihi demonstrarunt dicti amici, in museo nostro reservo, balsamio ita conditum, ut omnia naturalem situm, magnitudinem et figuram servarint, idque sine rugis, quæ post exsiccationem sæpius remanere solent. »

Obs. de M. Hélie. — *Suivies des réflexions de cet auteur* (*loc. cit.*).

Une jeune fille de vingt ans mourut à l'Hôtel-Dieu de Nantes au septième jour de la scarlatine, en avril 1856. Elle avait ses règles pendant la durée de cette maladie.

L'utérus était un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Sa cavité, augmentée dans toute son étendue, était entièrement remplie par un caillot sanguin qui s'étendait jusqu'à l'orifice externe du col et se prolongeait dans les deux trompes. La membrane muqueuse de la cavité du corps était rouge et légèrement tuméfiée. L'état de l'utérus indiquait qu'il n'y avait jamais eu de grossesse.

Les trompes contenaient l'une et l'autre un caillot sanguin continu au caillot de la cavité utérine. Ce long caillot se prolongeait jusqu'à 2 ou 3 centimètres du pavillon. La membrane muqueuse des trompes ne présentait ni rougeur ni gonflement appréciables.

Les pavillons des trompes étaient librement ouverts, les deux trompes, d'ailleurs, à l'état sain et bien conformées dans toute leur étendue.

Dans son trajet à travers la paroi utérine, le canal de chaque trompe avait au moins un millimètre et demi de diamètre. Il conservait la même largeur jusqu'à 2 centimètres en dehors de l'utérus. Dans toute cette portion étroite, il était entièrement rempli par le caillot sanguin. Puis le canal de la trompe acquérait 2 millimètres et bientôt 3 millimètres de largeur ; le caillot sanguin, quoique plus gros que dans la portion interne de la trompe, ne le remplissait pas aussi complétement, et allait se terminer par une extrémité filiforme dans la partie la plus large de la trompe.

Il n'y avait pas une goutte de sang épanché dans l'abdomen.

Les deux ovaires étaient très volumineux et contenaient beaucoup de vésicules de Graaf. Il n'y avait pas de corps jaune récent. A l'extrémité externe de l'ovaire gauche, une vésicule de Graaf (c'était évidemment celle qui s'était développée à la dernière époque menstruelle) était du volume d'une petite noix. Elle avait à peu près 2 centimètres et demi de longueur et 2 centimètres de largeur ; elle faisait saillie hors de l'ovaire par les

sidérables que quelques-uns de ceux que j'ai indiqués, je me contenterai d'opposer ici la longue citation que je viens de faire. J'aurai à revenir plus loin sur l'opinion de Ruysch, dans le chapitre

---

trois quarts de son volume. Elle était remplie d'un caillot sanguin. Ses parois étaient épaisses et closes; ses deux membranes bien distinctes.

La membrane interne, hypertrophiée, présentait sur la coupe transversale de la vésicule ses plis festonnés caractéristiques, malgré la distension que lui faisait subir l'épanchement du sang contenu dans sa cavité.

La pièce, mise dans l'alcool, est conservée dans les collections de l'École de médecine. Tous les points que je viens d'indiquer y sont encore faciles à reconnaître.

« Cette observation nous présente deux points intéressants.

» 1° Nous y trouvons un exemple d'hémorrhagie menstruelle dans une vésicule de » Graaf.

» Il ne peut exister aucun doute sur le siége précis de ce gros caillot sanguin contenu » dans l'ovaire gauche. Sur une coupe transversale de ce kyste, les deux membranes » de la vésicule de Graaf qui le constituent étaient parfaitement évidentes, la membrane » interne surtout, bien reconnaissable à ses plis festonnés. Ces plis étaient très petits, à » cause de la distension que l'épanchement sanguin imprimait aux membranes de la » vésicule.

» Une hémorrhagie menstruelle dans une vésicule de Graaf est un accident, un cas » morbide. . . . . .

» Ce n'est pas de cette cause d'hématocèle rétro-utérine que je veux m'occuper dans » ce mémoire.

» 2° La jeune fille était morte pendant le flux menstruel ; le sang remplissait encore la » cavité utérine, et quoiqu'il pût s'écouler librement dans le vagin (les deux orifices du » col étaient sur le cadavre à l'état normal), il avait pénétré dans les trompes. Son passage » dans les trompes avait été facilité par la dilatation sensible de leur canal, dilatation » coïncidant avec le léger développement de l'utérus, l'ampliation de sa cavité, le gon- » flement de la muqueuse utérine, le développement des ovaires. Cette turgescence de » tout l'appareil génital était le résultat de la congestion menstruelle.

» Le sang n'avait pénétré qu'en très petite quantité dans les trompes, sans doute parce » qu'il avait une issue plus facile par le col utérin. Probablement la contraction de l'ori- » fice externe de la trompe s'était aussi opposée à son écoulement dans la cavité péri- » tonéale.

» Il me semble impossible d'admettre que la membrane muqueuse des trompes ait été » la source du sang contenu dans ces canaux. La quantité de ce sang allait en diminuant » dans la partie la plus large des trompes, là où la membrane muqueuse, plus molle et » vasculaire, aurait été la source du sang épanché; et là cette membrane n'offrait aucun » des caractères d'une surface hémorrhagique, tandis que ces caractères étaient évidents » dans la muqueuse du corps de l'utérus, source du flux menstruel. Je reviendrai bientôt » sur ce point.

» J'ai cherché dans les auteurs récents et dans les journaux de médecine des faits ana- » logues à celui que je viens de présenter, je n'en ai trouvé qu'un seul. »

Observation communiquée par M. Laboulbène à la Société de biologie, en 1852.

Une femme de vingt-sept ans, mariée, mère d'un enfant, forte, grasse, très bien portante, est frappée de la variole, le 26 novembre 1852.

Au début, elle a eu de la céphalalgie, et surtout des douleurs de reins avec sept à huit vomissements. Examinée à son entrée à l'hôpital, le 28 novembre, la malade, qui avait eu

consacré aux dysménorrhées par vice de conformation, qui présentent avec le fait que je viens de rapporter une identité si parfaite, que l'admission du reflux du sang de l'utérus dans les trompes

---

ses règles depuis quinze jours, se plaignait d'une douleur atroce dans le bas de la région lombaire et vers le sacrum. Elle se roulait dans son lit en poussant des cris.

Le 29, il est survenu une éruption exanthématique mal caractérisée qui a fait hésiter entre une variole et une rougeole. La persistance des douleurs dans la région sacrée a fait pratiquer le toucher vaginal, qui n'a rien appris. Enfin, la malade, dans la soirée et la nuit du 30 novembre au 1er décembre, a été prise d'une perte utérine abondante, et elle a succombé presque subitement dans la soirée du 1er décembre.

Autopsie. — La rigidité cadavérique était faible trente-six heures après la mort; le corps était chargé de graisse; la peau offre encore quelques traces jaunâtres de l'éruption avec quelques petites élevures à peine sensibles au doigt. On compte ainsi une dizaine d'ecchymoses de la largeur d'une lentille, violacées, situées sur les bras, la partie antérieure de l'abdomen et les fesses.

Utérus. — Cet organe est gros, volumineux, quoique de prime abord il paraisse à l'état sain. Il est long de 0,08 et large de 0,055 entre l'origine des trompes. Fendu avec précaution, il présente des parois épaisses de près de 0,015 et *une cavité pleine de caillots sanguins.* Ceux-ci enlevés à l'aide d'un filet d'eau, on constate que la muqueuse utérine est saine, excepté au fond de l'organe, *où elle est violacée, épaissie, infiltrée de sang;* en ce point, *il est resté un caillot qui se prolonge dans l'orifice tubaire gauche.*

Trompes. — Elles sont toutes les deux de la grosseur du petit doigt et paraissent violacées, pleines de sang à travers leurs enveloppes. Fendues dans leur longueur, elles sont, en effet, remplies par un gros caillot vermiculaire. Il n'y a pas une goutte de sang ni de sérosité dans le péritoine. L'hémorrhagie tubaire s'est écoulée par l'utérus, ainsi que le prouve la continuité du caillot tubaire avec celui mentionné dans le fond de la cavité utérine.

Ovaires. — 1° L'ovaire droit est long de 0,04, violacé dans son tiers externe. Il n'offre point de rupture et il renferme, à l'endroit indiqué, un caillot gros comme une petite noix.

2° L'ovaire gauche est au moins de la grosseur d'un œuf de poule; il est converti presque en entier en une poche renfermant une matière graisseuse, et en outre des poils dans sa partie externe.

« Ce fait est presque identique avec celui que j'ai observé.

» C'est également à une fièvre éruptive que succombe la malade; la mort arrive le » quatrième jour de l'éruption. Dans le cours de la maladie, perte utérine abondante; » mort vingt-quatre heures après le commencement de cette perte. L'utérus était volu- » mineux, sa cavité pleine de caillots sanguins; les trompes remplies d'un caillot assez » considérable pour les distendre et être visible à travers leurs parois. De même que dans » la première observation, il n'y avait pas une goutte de sang épanché dans le péritoine.

» M. Laboulbène admet que le sang qui était contenu dans les trompes y avait été fourni » par la membrane muqueuse de ces conduits. Il me semble bien plus rationnel de pen- » ser que le sang avait reflué de l'utérus dans les trompes. La muqueuse utérine, épaissie, » infiltrée de sang au fond de l'organe, était évidemment la source du sang versé à » l'extérieur pendant la vie, et du sang coagulé dans la cavité utérine, continu au caillot » contenu dans la trompe. L'état de la muqueuse de la trompe n'est pas indiqué.

» Enfin, autre point de ressemblance avec le fait décrit dans la première observation, » l'ovaire droit contenait un caillot sanguin gros comme une petite noix, qui donnait une » teinte violacée à la surface de l'organe. Il est facile de reconnaître à cette indication, » tout incomplète qu'elle est, une hémorrhagie dans une vésicule de Graaf. »

et de celles-ci dans le péritoine, qu'on ne peut mettre en doute dans les imperforations congénitales, implique nécessairement ce même reflux dans des faits semblables à celui dont je viens d'analyser trop minutieusement peut-être les diverses particularités. Aussi me semble-t-il nécessaire, pour terminer cette discussion que j'aurais voulu pouvoir rendre plus courte, de résumer, sous forme de conclusions, les circonstances principales de cette observation.

Il me semble permis de conclure, de la longue analyse à laquelle je viens de me livrer, que chez cette femme le col, non oblitéré mais énormément augmenté de volume, soit par une inflammation chronique, soit par une simple hypertrophie consécutive à un accouchement artificiel, a mis obstacle, par cette augmentation de volume, à l'excrétion menstruelle par un mécanisme semblable à celui qui a lieu dans les hypertrophies de la prostate. Cette rétention, complète d'abord, incomplète ensuite, du produit de quatre menstruations successives, a déterminé :

A la première époque, la réplétion des organes génitaux qui ont réagi contre le corps étranger.

A la deuxième, la distension de ces cavités, la formation de tumeurs hypogastriques, et enfin le passage dans l'abdomen du sang qui a fait naître la première péritonite.

A la troisième, un effort impuissant des organes génitaux qui s'est traduit par un écoulement sanguin longtemps continu.

A la quatrième, une distension nouvelle des cavités génitales, un nouveau passage du sang dans l'abdomen qui a suscité une péritonite générale rapidement mortelle.

Cette rétention, enfin, a subsidiairement donné lieu à la formation de trois kystes hématiques dont le contenu variait dans chacun d'eux suivant l'ancienneté du dépôt sanguin, mais qui présentaient tous trois les plus grandes analogies de siége et de structure avec quelques-uns de ces kystes qu'on a tous réunis fort arbitrairement sous le nom d'hydropisies enkystées de l'ovaire, bien que le plus souvent l'ovaire n'y soit absolument pour rien.

C'est seulement après avoir réfléchi, et longtemps réfléchi sur chacun des éléments de cette observation au premier abord complexe, que je suis arrivé à croire que les diverses affections qui se sont l'une à l'autre succédé chez cette femme, reconnaissaient toutes pour cause la présence dans les organes génitaux du produit

menstruel qui ne pouvait être émis au dehors, et que j'ai pu trouver la filiation que j'ai proposée en 1848. Ces réflexions m'ont amené à rapprocher les unes des autres les diverses variétés de cette espèce morbide qui ont été considérées comme des affections idiopathiques et disséminées dans des classes nosologiques distinctes : congestions utérines (1), métrites (2), phlegmons des ligaments larges (3), ovarites (4), péritonites (5), môles charnues (6), hydropisies, soit de l'utérus, soit des trompes ou de l'ovaire (7), sans se préoccuper en aucune façon de la condition spéciale qui leur donne naissance. J'ai essayé dès lors un travail de synthèse, et cherché, du mieux que j'ai pu, à réunir en une seule histoire toutes ces affections, qui ne sont pour ainsi dire que les différentes phases d'un même drame pathologique ; de manière à pouvoir présenter groupés le plus naturellement possible, les uns à côté des autres, tous ces accidents que déterminent les troubles de l'excrétion menstruelle.

Cette excrétion peut être entravée, par l'imperméabilité de l'orifice vulvaire ou du vagin, ou par des conditions anormales, soit du col de la matrice, soit du corps même de cet organe, soit enfin des trompes, qui s'opposent au libre accomplissement de la fonction. On trouve ainsi les plus grandes analogies entre les rétentions cataméniales et les rétentions urinaires. Cette analogie, entrevue par Galien, confirmée par l'analogie anatomique trouvée entre la prostate et le col utérin, nous permettra d'appliquer aux premières une division semblable à celle qui est acceptée pour les secondes. Prenant donc en considération les diverses conditions qui s'opposent au libre écoulement des règles que nous venons d'indiquer sommairement, nous diviserons les rétentions menstruelles en huit espèces distinctes.

L'excrétion est empêchée, dans la première, par une imperforation du canal vulvo-utérin congénitale ou acquise avant le développement de la puberté ; dans la deuxième, par des cicatrices qui, postérieurement à la puberté, rendent imperméable la voie d'excrétion (oblitérations).

---

(1) Duparcque, *Traité des maladies de l'utérus*, t. I, p. 6 et suiv.
(2) Verjus, *Thèse inaug.* Paris, 1844, p. 37.
(3) Salis, *Thèse inaug.* Paris, 1846, p. 83-89.
(4) Chéreau, *Mémoire pour servir à l'histoire des maladies des ovaires*, passim.
(5) Chomel, *Dict. de méd.*, 2e édit., PÉRITONITE, t. XXIII, p. 500.
(6) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 109.
(7) Id., *ibid.*, t. I, p. 266.

L'excrétion est entravée dans la troisième par des rétrécissements congénitaux ou cicatriciels, soit du vagin, soit du col utérin; dans la quatrième, par l'augmentation de volume de cet organe, quelle que puisse être d'ailleurs la cause pathologique de ce développement (rétrécissements).

L'excrétion est momentanément empêchée dans la cinquième par l'interposition dans la cavité du col de productions accidentelles développées, soit dans cette cavité, soit dans le corps même de l'utérus : polypes, dysménorrhée pseudo-membraneuse (obstructions).

Dans la sixième, l'excrétion est troublée par des déviations utérines, et en particulier par des flexions de cet organe, quelles que puissent être les causes qui leur donnent lieu; dans la septième, par la contraction spasmodique du conduit excréteur lui-même, ou du moins de la partie la plus importante de ce canal, c'est-à-dire par la contraction spasmodique du col utérin (troubles fonctionnels).

Enfin, dans la huitième espèce, moins connue encore que les précédentes, le trouble fonctionnel est produit par un état anormal, congénital ou acquis, des trompes.

§ 1. — La première espèce, étudiée depuis longtemps (1), présente un grand nombre de variétés tenant au siége, à l'étendue et à certaines dispositions de l'imperforation. Au lieu de décrire d'une manière particulière chacune de ces variétés, surtout importantes au point de vue chirurgical, je choisirai parmi les nombreuses observations qui ont été publiées des exemples de chacune des variétés, qui présentent le plus d'intérêt pour mon sujet. Je placerai les plus importantes dans le texte et reléguerai en note celles qui le sont moins.

Cette première espèce doit être partagée, à cause du siége que peut occuper l'oblitération, en quatre variétés. L'oblitération est constituée :

Dans la première, par un défaut de séparation des parties génitales externes;

Dans la deuxième, par l'imperforation de l'hymen;

Dans la troisième, par l'absence ou l'oblitération du vagin;

Dans la quatrième, par l'imperforation du col utérin.

La première variété de ces oblitérations, la plus simple de toutes, qu'on trouve décrite dans les observations de Ruysch et de Delpech

(1) Benevoli, observations, notamment la deuxième : Delpech, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, année 1830, p. 479, colonne 1re.

que j'ai placées en note (1), est constituée par un défaut de séparation congénitale, ou l'agglutination avant la puberté des parties génitales externes, qui s'oppose à l'excrétion menstruelle.

---

(1) Obs. de Ruysch, 32e, p. 42, *loc. cit.* — *Menses a membrana vulvam claudente supressi, perque hujus incisionem evacuati.*

« Virgo vigenti annos nata, et a multis mensibus valetudinaria, sæpissime conquesta fuit de hypogastrii ponderositate et dolore intolerabili, ita ut mater ejus consultum duxerit opem implorare medicam. Malum indagandi causa vocatur mecum Andreas Boeckelmannus, chirurgus expertissimus, qui ex querelis et doloribus, singulis mensibus repetentibus, nobiscum conjecit menstruorum præpeditum exitum causam vel ansam esse totius mali : sicut eventus quoque edocuit : convaluit enim sola incisione cujusdam membranæ pone membranam hymenem sitæ, et totam vulvam perfecte claudentis. Mirum dictu quam tensa erat dicta membrana propter sanguinem illic stagnantem, totam vulvam extendentem, et frustra exitum quærentem. Mirandum quoque, sanguinem, qui illico a sectione ad libras circiter quatuor, maximo impetu, erumpebat, neutiquam coagulatum multo minus putrefactum, ast nigricantem fuisse, sicut nobiscum attestantur nosocomii medicus meritissimus Johannes Dankers ut et Abel van der Horst, chirurgus expertissimus, qui huic operationi, nuper a nobis factæ, pariter interfuere. »

Obs. de Delpech, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, année 1830, p. 479, 1re colonne. — *Défaut de séparation des grandes lèvres. — Imperforation du col utérin.*

Jeannette, d'un physique agréable, d'une constitution robuste, d'une excellente santé, fut, dès l'âge de douze ans, soumise par le docteur Morrel à un régime diététique peu nourrissant, à des saignées, et à une surveillance sévère, dans le but de retarder les effets de l'influence du système utérin ; mais au bout de deux ans, elle s'enfuit du toit maternel, et ne fut retrouvée qu'au bout de plusieurs mois dans une maison de débauche, et emmenée dans la maison de la *Quarantaine*, dans la crainte qu'elle ne fût attaquée d'une maladie contagieuse et virulente. C'est là que je pus la visiter : son état extérieur annonçait déjà une constitution dégradée ; et des excroissances ulcéreuses aux environs de l'anus et de la vulve, qu'une visite particulière me fit découvrir, jointes à des souffrances continuelles qu'elle en éprouvait, ne me permirent pas de la croire exempte d'infection. Le lendemain, l'ayant fait reconduire chez ses parents, je reconnus qu'elle se trouvait *vierge* et non *déflorée*, ce qui provenait d'une imperforation naturelle de la vulve, due à une membrane assez épaisse qui, partant du périnée, tenait les deux grandes lèvres confondues et méconnaissables, et voilait l'ouverture vaginale. Un seul trou par en haut, de forme ovale, répondant au méat uréthral, laissait passer les urines.... Tel était l'obstacle qui s'était opposé aux rapports sexuels normaux. Le ventre était soulevé et sensible au toucher, les urines brûlantes et échauffées. On croyait sentir, au dehors de la vulve, une fluctuation sourde, quand on comprimait la région de l'hypogastre avec le plat de la main, mais l'exploration par le rectum n'en donnait pas l'assurance.

Je ne mis pas en doute qu'il y eût rétention d'une partie du flux menstruel, et les incommodités qu'elle m'apprit avoir endurées depuis quelque temps me parurent confirmer ce diagnostic. Ce qu'il y avait à faire pour remédier à un état aussi simple en apparence, se présentait naturellement.

Le lendemain, mon ami le docteur Morrel ayant reconnu avec moi le vice de conformation que je viens d'exposer, je fis une incision perpendiculaire, d'un pouce et demi environ, depuis le dessous du méat urinaire jusqu'au périnée, pour désunir les deux lèvres et les former de nouveau. Je dis de nouveau, parce que ces deux replis de la peau ne furent pas plutôt divisés, qu'ils s'écartèrent, et nous eûmes tout de suite une vulve éta-

La seconde variété, qui est de toutes la plus fréquente, est constituée par l'imperforation de la membrane hymen. Il y a un si grand nombre d'observations de ce genre, que j'ai dû renoncer à en donner même l'indication, qui nécessairement serait incomplète. Je me contenterai d'en rapporter trois observations. J'ai placé l'une en note (1), malgré l'intérêt qu'elle mérite, à cause de la disposition

---

blie. Le doigt indicateur de ma main gauche fut porté avec ménagement dans le vagin, me proposant de suivre la courbure du sacrum : mais je le trouvai de peu de longueur, hérissé de rugosités humectées d'un fluide séro-muqueux, que je vis s'écouler à la quantité d'une ou deux cuillerées et d'autant mieux que je comprimais davantage les parties. Vu leur resserrement dans cette région, je me décidai à donner un coup de ciseau à droite et à gauche de leur commissure : j'en acquis plus de facilité à vaincre l'étroitesse du vagin dans sa partie supérieure, à atteindre le col de la matrice, et à découvrir l'extrémité mousse de cet organe, séparée en deux lobes ou lèvres par l'*os tincœ*. Je m'assurai qu'une membrane en défendait l'entrée plus haut, pendant qu'avec l'autre main, appliquée au-dessus du pubis, j'en comprimais le fond : ce qui me permit de reconnaître que ses lobules étaient recouvertes et comme cachées sous une portion de membrane que je jugeai être une suite de la tunique interne du vagin. Ces lèvres n'étaient point entr'ouvertes ni mobiles, et ne s'écartaient pas sous l'effort de mes deux compressions en sens opposé, ne manifestant d'ailleurs que peu de sensibilité. Je portai donc, le long de mon doigt, à plat l'extrémité de la gaîne du pharyngotome, dont je me servis comme d'un grattoir pour amincir la membrane ; ensuite je la perçai avec la lancette de l'instrument, et j'agrandis l'ouverture en y introduisant le doigt : un fluide brunâtre ou séro-sanguinolent, inodore et de la quantité environ d'un verre de table ordinaire, s'écoula sans précipitation comme sans difficulté. Je n'employai pas moins des injections d'eau tiède, réitérées plusieurs fois, après quoi il me fallut soumettre à des pansements et à l'usage des tentes toutes les incisions pratiquées à la vulve. Les bains de siége, les lotions d'eau de Saturne, la pommade napolitaine double mélangée au baume Geneviève, les boissons adoucissantes et un régime humectant furent constamment employés. J'ordonnai en outre un régime mercuriel (1/8 grain de deutochlorure associé à l'opium gommeux), puis de l'eau ferrugineuse, et du vin d'absinthe, pour faciliter l'établissement des règles.

La jeune fille s'est bien rétablie.

(1) Obs. de de Haen. *Ratio medendi*, p. VI, t. III, p. 38, édit. Didot, 1764. — *Imperforation congénitale produite par la membrane hymen qui se confondait d'une part à la fosse naviculaire, et d'autre part aux grandes lèvres.— A l'âge de dix-neuf ans, début des accidents, qui deviennent de plus en plus graves. — A l'âge de vingt ans, incision de l'hymen qui donne lieu à l'écoulement de trente onces de sang noir et poisseux. — Le quatrième jour après l'opération, accidents graves. — Guérison.*

« Juvencula 20 annorum, mensibus carens, ab anni retro spatio gravibus ventris doloribus corripiebatur. Cœpti hi dolores supra umbilicum, per latera se se, indeque ad pudenda diffundebant, tenesmos recti, vesicæque excitantes. Pressis manu in hoc dolore inguinibus, urina promovebatur in paroxysmo, alvus vero sequente modo die demum sequebatur. Finito paroxysmo, dolore toto eo die vacua ac sana fuit. Rediit similis exacerbatio die altera, rediit tertia, atque ita integro mense.

» Advocabatur tunc optimus loci physicus exp. P. Josephus Schreyer. Is a principio ad finem usque prudentis ac sapientis medici partes explevit examussim omnes. Morbi symptomata mitigavit, dies nonnullos doloris expertes conciliavit, consilio cum chirurgis inito atresiam detexit, ejusque perforationem consilio medicorum vicinorum, quod convo-

particulière qu'offrait l'hymen obturant, qui rappelle une des formes assez fréquentes de cette membrane, et à cause des accidents qui ont suivi l'opération, pour appeler plus particulièrement l'attention sur

---

cari petebat, voluit proponere. Parentes autem maluerunt Viennam adducere filiam, ac medici sui epistolam afferentes me consuluerunt.

» Aug. 19 proxime elapso, puellam examinans, atresiam vidi. Hymen fuit ad labia vulvæ producta, anterius altius ; ut quid superesset adhuc de vagina inter hymenem et labia ; posterius vero ad vaginæ finem erat sic, ut cum labiorum ac fossæ navicularis confunderetur substantia. A parte anteriore ultra lineæ a vagina distantiam, parvum foramen erat, quo inductus stylus primo difficulter ascendebat ; prudenter autem postremodum agitatus in vesicam urinariam penetrabat. Utrinque ad latus foraminis levior eminentia erat, circa medium hymenem sensim evanescens. An, quod nullæ nymphæ repertæ, hæc vestigia nympharum ?

» Turgebat porro concava superficie hymen, intropressusque pondus incumbentis designabat materiæ. An materies hæc sanguis menstruus collectus? Videbatur sic ; nam cum foramen in hymene nullum, nisi quod in urethram continuaretur, sanguis menstruus nullam elabendi viam habuit.

» Prognosim dubiam dedi. Brevem spopondi, felicemque curam, si hymenis præsentia unicus puellæ desertus esset ; difficilem si vagina, si uterus, si tubæ, si ovaria notabiliter essent affecta ut quidem prægressa symptomata forsitam innuebant ; impossibilem, si casus ille, quem supra enarravi, existeret.

» Circa sectionis modum cum chirurgo nostro domino Leber conveni, haud esse nobis sectione recta Aquapendentem sequendum, sed obliqua Jobum van Meckeren, urethræ vitandæ studio. Statim per aperturam prodiere sanguinis nigri, ac tenacissimi sic, ut vix flueret, unc. 30. Forceps dein latera incidens. Cruciatam fecit sectionem Celsi, ut ne denuo latera coirent ; magnaque turunda primum melle rosaceo, deinde digestivo illinita, suppurationem membranæ promovit. Cum urinæ exitus hinc impediretur, debuit prima et altera die toties educi, quoties ursit, postea vero libere secundum turundam effluxit. Emulsio paregorica illico ab operatione dabatur.

» Brevi post operationem vix tumebat venter, sed querelæ die illo, alteroque fiebant molesti ardoris ad vaginam, tertio die etiam ad hypogastrium. Quarto autem die venter totus usque ad summum epigastrium tendebatur magno cum dolore, frequenti vomitu, et intolerabili plane febre. Ter vena secta, enemata emollientia et oleosa continuo injecta, cataplasma admota ventri, decocta emollientia ac leviter subacida, paregorica, haustus oleosi multi, demum efficere, ut 7 die ab operatione, 4 die a nato ventris dolore, febris illa continua mitesceret et prodiret urina flava cum multo crasso, gravi, subpurulento, sedimento.

» Verum inde non est judicata. Continuæ febri successit continua remittens, cum gravi exacerbatione matutina, cum gravidissima pomeridiana, et quidem die tertio adeo vehementi, atque diuturna, tantoque cum vomitu, ut, ne hoc in paroxysmo moreretur, metueremus. Unde finito hoc paroxysmo, mox dedi misturam cum unc. B extr. cost. peruv. assumendam antequam sequens exacerbatio expectaretur, interea dum reliqua omnia interna continuabantur, externaque auxilia. Sic prosequendo vidimus hanc quoque febrim, hosque vomitus, 7 dierum spatio terminari.

» Durante hac febre, urinæ semper pauciores quidem, at flavæ eædem, et constanter omnes gravi materie alba, puriformi, saturæ febre absente urinæ paulo copiosiores, simili autem materie perpetuo refertæ.

» Alvus toto febrium tempore cruda enematibus prodiit ; post corticis usum coctior, febre devicta, sanorum instar nisi quod a cortice fere *nigra*. »

les deux autres, qui présentent l'analogie la plus complète avec l'observation première de ce mémoire.

OBSERVATION II (1). — *Imperforation congénitale complète de l'hymen. — Rétention des règles depuis l'âge de treize ou quatorze ans à vingt-deux ans. — Dilatation du vagin, de l'utérus et des trompes. — Incision de l'hymen. — Cinquième jour, péritonite. — Mort le neuvième jour. — Épanchement sanguin intrapéritonéal provenant des trompes de Fallope dilatées.*

Une jeune fille de vingt-deux ans, qui n'avait jamais eu ses règles, souffrait depuis l'âge de treize à quatorze ans dans l'hypogastre et dans les lombes, et chaque mois les douleurs qu'elle éprouvait dans ces régions se manifestaient pendant trois ou quatre jours et toujours aux mêmes époques, avec une intensité nouvelle. Depuis plusieurs années, l'abdomen était toujours plus tendu et plus développé, et depuis quelque temps cette tumeur et ce développement du ventre ne cessaient de faire de nouveaux progrès; les douleurs hypogastriques augmentaient aussi, néanmoins la santé générale paraissait excellente. En l'examinant, on reconnut que l'ouverture extérieure du vagin était complétement oblitérée par la membrane hymen, et que derrière cette cloison, existait un liquide, comme le prouvait suffisamment la fluctuation développée par la pression alternative de la cloison obturatrice du vagin et de la tumeur globuleuse qui s'élevait d'autre part jusqu'à l'ombilic. Cette membrane fut incisée crucialement, et aussitôt le sang fut lancé à la distance de plus d'un mètre. En quelques secondes il s'échappa ainsi 2 ou 3 litres peut-être d'un liquide noir, couleur encre de Chine, inodore et ne contenant pas de caillots; quelques pressions furent exercées ensuite sur la région hypogastrique. Pendant trois jours, le sang menstruel continua à couler sans douleur de ventre (4 ou 5 litres environ); l'abdomen s'affaissa, et la malade paraissait en voie de guérison, lorsque le cinquième jour elle fut prise d'une péritonite suraiguë, à laquelle elle succomba neuf jours après l'opération.

Autopsie. — Tout le péritoine placé au-dessous du muscle transverse était frappé de la plus violente inflammation. Les circonvolutions intestinales, légèrement adhérentes entre elles, étaient recouvertes de pseudo-membranes, sous lesquelles la séreuse était d'un rouge foncé, et cela d'autant plus qu'on approchait davantage du petit bassin, dans lequel et dans les fosses iliaques il y avait en outre une certaine quantité de pus et de sérosité puriforme. Utérus plus volumineux que dans l'état normal, paraissant avoir le volume du poing dans son corps et pouvant y loger une très grosse noix; dilatation analogue

(1) Marchand et Massé, *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, t. XXVI, 131e et 132e livraison. — Extrait *Archiv.*, 4e série, t. XXVI, p. 353.

de la cavité du col, dont l'orifice interne n'était nullement effacé; l'orifice externe, béant, communiquait avec le vagin énormément dilaté, surtout vers la portion supérieure; muqueuses vaginales et utérines teintes de sang; l'utérus était plutôt relevé dans la cavité abdominale qu'abaissé. L'aspect des trompes de Fallope était essentiellement différent, suivant qu'on examinait ces deux conduits dans celle de leur moitié qui aboutit à l'utérus ou dans celle qui se trouve en rapport avec l'ovaire. *Cette première moitié était distendue par du sang noirâtre, au point d'avoir le volume et la flexuosité d'une veine variqueuse de la grosseur au moins du doigt auriculaire;* à l'intérieur des trompes, du sang noir et très fluide était accumulé dans leur partie externe, et *il suffisait d'une pression très légère vers cette extrémité ovarique pour en faire sortir par gouttelettes du sang noir et fluide;* à la surface du péritoine, qui se trouvait en contact avec les orifices de l'une et de l'autre des trompes, *il y avait quelques gouttelettes d'un liquide noirâtre tout semblable à celui contenu dans la portion ovarique des trompes,* et c'était dans ce point que se trouvaient les traces les plus évidentes et les plus fortement accusées de l'inflammation péritonéale.

OBSERVATION III (1). — *Imperforation congénitale de l'hymen. — Rétention des règles depuis l'âge de seize à dix-sept ans. — Dilatation de l'utérus, du vagin, des trompes. — Incision de l'hymen. — Péritonite mortelle le cinquième jour, par suite d'un épanchement sanguin intravéritonéal provenant du kyste tubo-ovarien.*

1852. Mademoiselle M. W..., âgée de dix-huit ans, douée d'un bel embonpoint, mais un peu pâle, comme la plupart des membres de sa famille d'ailleurs, n'était pas encore réglée, quoique depuis plus d'une année elle eût éprouvé tous les mois du malaise et des douleurs à un degré assez marqué pour qu'il fût possible de croire, à chaque retour de la crise, que l'écoulement sanguin allait avoir lieu. Une augmentation notable du volume de l'abdomen, survenue depuis peu, fit soupçonner que l'occlusion du vagin était la cause des douleurs éprouvées par la malade. A l'examen de l'abdomen, on constata dans le bas-ventre une augmentation de volume causée par une collection liquide, fluctuante et mate à la percussion; au-dessus, la sonorité était normale; la tumeur s'élargissait vers les fosses iliaques, et la fluctuation était sensible jusqu'à l'ombilic. En écartant les lèvres de la vulve, on découvrit une tumeur également fluctuante, d'une coloration rouge, et formée par la distension de la membrane hymen. Celle-ci s'étendait de chaque côté du vagin jusqu'au méat urinaire, considérablement porté en avant par elle. L'hymen, obturant com-

(1) Th. Paget, *Leicester British medical Journal*. Original communication, 23 juillet 1859, case 1.

plétement l'entrée du vagin, et poussé en avant par le liquide accumulé derrière lui, formait une surface convexe qui arrivait presque jusqu'à écarter les lèvres de la vulve.

14 octobre. — Deux mesures d'urine ayant été préalablement retirées de la vessie par le cathétérisme, la membrane hymen fut ponctionnée avec un petit trocart. Le poinçon ne fut pas introduit sans quelques difficultés, causées par l'épaisseur et par la souplesse de la membrane; puis, lorsqu'il fut retiré, il sortit par la canule un liquide très noir, de consistance sirupeuse. On introduisit alors, près du méat urinaire, un bistouri courbe qui fut dirigé d'avant en arrière, et l'on incisa d'un seul coup la membrane dans l'espace d'un pouce et demi à deux pouces (anglais). Cette membrane, élastique et épaisse au moins d'une ligne, rendit un son sec au moment où elle fut divisée, et trois ou quatre pintes de liquide jaillirent par un large jet dans la cuvette et hors du lit. Une grosse mèche de charpie fut introduite à travers les lèvres de la plaie, à une courte distance dans le vagin.

16 octobre. — Aucune douleur ; la malade s'étonne qu'on l'oblige à garder le lit. Une assez grande quantité de liquide noir s'est écoulée sous l'influence des mouvements exercés par la malade. La pression éveillait au niveau de la région iliaque gauche une très légère douleur, telle qu'elle devait résulter du retrait du péritoine tapissant des organes récemment distendus.

17 octobre. — Il est survenu de la douleur dans l'abdomen. Une légère dose d'huile de ricin, prise la veille, n'ayant produit aucune évacuation, on donne à la malade une pilule de calomel et de coloquinte, et toutes les deux heures quelques doses d'une mixture apéritive. Comme aucun effet n'était encore produit vers le soir, on administra un lavement qui amena des évacuations. Appelé dans la nuit, M. Th. Paget reconnut les symptômes d'une violente péritonite.

19 octobre. — Les divers moyens mis en usage, sangsues, fomentations, opiacés, vésicatoires, n'ont pas réussi à soulager la malade, qui a succombé environ quatre heures après le début de la péritonite.

Le traitement après l'opération avait consisté en injections d'eau tiède et dans l'introduction d'un morceau d'éponge préparée.

21 octobre. — Autopsie faite environ quarante-huit heures après la mort, par l'auteur, avec l'assistance de son ami M. Macaulay. — Conformation extérieure du cadavre normale. En ouvrant l'abdomen, on trouva le péritoine épaissi et enflammé; une couenne fibrineuse épaisse, de formation récente, était adhérente aux circonvolutions intestinales. En incisant la partie inférieure de la paroi abdominale, on fit sortir de la cavité pelvienne environ une pinte et demie d'un liquide noir, analogue à celui qui était sorti du vagin pendant la vie. Après avoir été détaché, l'utérus fut trouvé aplati, ferme et d'un volume triple environ de celui qu'il présente à l'état de vacuité. Les trompes de Fallope et les ovaires étaient considérablement élargis, et formaient des tumeurs

qui auraient été capables de contenir chacune une pinte de liquide : sur ces tumeurs ovariennes étaient des ulcérations à bords déchirés, à travers lesquelles le liquide qu'elles contenaient s'est écoulé dans la cavité péritonéale. La séreuse intestinale était généralement enflammée, surtout au niveau des anses situées dans la cavité pelvienne ou à sa circonférence.

Le vagin fut examiné avec soin, et l'on reconnut que l'incision faite pour l'écoulement du liquide admettait aisément le doigt. On introduisit également avec facilité le doigt dans la cavité de l'utérus. Il n'existait aucun vestige du col, effacé, selon toute apparence, par suite de la durée et de la continuité de la distension causée par le liquide retenu dans la cavité utérine.

Je n'ai pas besoin d'analyser les différentes particularités que présentent ces deux faits, pour faire ressortir l'analogie complète qui existe entre ces observations et celle qui a servi de point de départ à mon travail. Il suffit de les rapprocher de la première pour être convaincu de cette identité que nous retrouverons dans un grand nombre des rétentions menstruelles résultant d'imperforations congénitales ou acquises, qui suivent, et en particulier dans les observations de la troisième variété.

Les vices de conformation du vagin qui constituent cette troisième variété offrent entre eux une différence assez tranchée pour devoir être partagés en trois subdivisions, comprenant l'une les cas d'absence du vagin, comprenant l'autre les oblitérations congénitales de ce canal, et comprenant la dernière les cas de duplicité de la partie supérieure du vagin, dont l'un est imperforé. La première subdivision, composée de faits infiniment peu nombreux, comprend les observations dans lesquelles existait une absence complète, de telle sorte que la vessie et le rectum étaient l'un à l'autre accolés. J'ai vu et fait voir en 1856, à mes collègues de la Pitié, une femme qui était entrée dans mon service pour un vice de conformation de ce genre, et chez laquelle j'ai employé le procédé par décollement imaginé par M. Amussat, dont j'ai placé en note l'observation (1),

---

(1) Obs. d'Amussat, *Séance de l'Institut*, 2 décembre 1835 (*Gazette médicale*, 1835, p. 785 et 817). — *Absence congénitale du vagin. — A treize ans, premiers accidents de rétention menstruelle. — A quinze ans et demi, opération par décollement de l'urèthre et du rectum.— Au fond du pertuis muqueux obtenu par ce procédé, ponction de l'utérus suivie de succès. — Inflammation de la trompe gauche distendue par du sang. — Expulsion de caillots par le rectum. — Après l'opération, retour quatre*

malgré l'immense intérêt qu'elle présente, parce que j'ai hâte d'arriver à l'observation de de Haen, dans laquelle, au lieu de décoller la vessie et le rectum avec le doigt, on a employé le bistouri et

---

fois répété d'accidents de rétention menstruelle jugés chaque fois par l'expulsion de caillots sanguins anciens. — Guérison définitive. — Examen nouveau.

Une jeune demoiselle allemande, âgée de quinze ans et demi, dans un état de santé très inquiétant, occasionné par l'accumulation des règles dans l'utérus, fut amenée à Paris, en février 1832, par le docteur Langenbecker. Le 27 du même mois, nous fûmes réunis en consultation, MM. Boyer, Marjolin, Magendie et moi.

Madame K..., la mère de la jeune malade, nous raconta qu'elle s'était mariée à vingt-trois ans, et qu'elle avait eu d'abord deux grossesses très pénibles, puis deux avortements. Neuf mois après la dernière fausse couche, elle devint grosse de la jeune fille qui fait le sujet de notre observation. Cette fois, elle se soumit pendant la grossesse à un traitement très rigoureux : repos absolu, bains froids, injections vaginales astringentes, neuf saignées ; et parvint à terme. L'accouchement fut heureux, et le travail ne dura que deux heures et demie. Depuis ce temps, madame K... a eu moins péniblement trois enfants : deux garçons et une fille qui n'est pas encore réglée, ce qui peut laisser quelque doute sur la conformation intérieure des organes génitaux, car les parties externes sont, dit-on, bien conformées.

Madame K..., continuant ce qui était relatif à sa première fille, nous dit qu'elle parut bien conformée à sa naissance, et qu'elle se développa comme tous les enfants, mais qu'elle préférait la société des personnes âgées à celle des enfants de son âge. Jusqu'à treize ans, cette jeune personne avait joui d'une bonne santé, mais à cette époque elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Le premier accès eut lieu le 19 juin 1831, et dura neuf jours. Le deuxième accès se déclara cinq semaines après, et dura un mois. Enfin elle eut successivement six accès en huit mois.

Les médecins qui furent consultés crurent d'abord à une obstruction abdominale, et la traitèrent en conséquence. Mais un mois ou cinq semaines plus tard, les mêmes accidents s'étant renouvelés, et le ventre ayant acquis du volume, le médecin ordinaire pensant que « tous ces phénomènes pouvaient dépendre de quelque obstacle à l'écoulement des règles, demanda qu'un accoucheur fût consulté. Le docteur Langenbecker explora les organes génitaux et reconnut une imperforation de la vulve et une absence du vagin. » Comme à chaque époque menstruelle les accidents se répétaient, et que le ventre augmentait de volume, il fut décidé que la jeune fille serait conduite à Paris pour y être soumise à un examen, et à une opération si elle était possible. Après cette historique, nous procédâmes à l'examen de la malade. Voici ce qui fut constaté.

Constitution bonne, mais affaiblie ; teint décoloré ; le ventre, distendu, présente le développement de celui d'une femme parvenue au sixième mois de la grossesse ; il offre à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures de la génération sont parfaitement conformées. La vulve est bien configurée à l'extérieur ; à l'intérieur, il n'existe pas d'ouverture ; la surface concave, qui correspond à l'orifice du vagin, est lisse et tapissée par une membrane muqueuse véritable ; le méat urinaire, très apparent, est situé beaucoup plus bas que d'ordinaire ; il occupe presque le centre de la fossette que présente la vulve ; une sonde droite, introduite dans l'urèthre, pénètre assez difficilement ;

ouvert la vessie. L'observation de de Haen n'est pas seulement intéressante sous ce rapport, elle l'est surtout pour nous, à cause des

---

il faut la diriger très obliquement en haut et en avant, et l'urine n'en sort que lorsque la sonde a pénétré assez profondément.

Le doigt indicateur, introduit dans le rectum, distingue facilement la sonde à travers des parties très minces. En haut et en arrière, le doigt est arrêté par une tumeur volumineuse qui occupe toute l'excavation du bassin. Cette tumeur est tendue, fluctuante, à parois lisses et comme ballonnées.

Le diagnostic fut simple et facile. L'exploration, répétée par tous les consultants, donna à chacun d'eux la conviction qu'il y avait absence congénitale du vagin, accumulation des règles dans l'utérus depuis l'âge de la puberté, c'est-à-dire depuis deux ans et demi. Il était évident que l'urèthre, la vessie et le rectum étaient soudés, et que le vagin manquait absolument, au moins dans les deux tiers inférieurs de son étendue; que ce vice de conformation était congénital, c'est-à-dire que rien ne pouvait faire soupçonner que la soudure eût eu lieu depuis la naissance, et qu'en un mot il n'y avait point de membrane muqueuse collée dans l'espace interrompu de la vulve à la matrice, ou la poche énorme qui contenait très probablement les règles accumulées depuis deux ans et demi.

Le pronostic nous parut très fâcheux, et chacun de nous l'exprimant à sa manière, dans des conversations particulières, demandait à son voisin ce qu'il y avait à faire dans un cas si grave et si pressant, car il était à craindre que l'utérus, énormément distendu pendant des efforts d'expulsion, ne vînt à se rompre dans l'abdomen; lorsque M. Boyer me dit que, comme le plus jeune, c'était à moi de parler. Ne me trouvant pas préparé, je fus un peu surpris et même embarrassé.

Cependant, après avoir établi que le vice de conformation du vagin consistait dans une absence congénitale de cet organe par soudure de l'urèthre, de la vessie et du rectum, je dis tant bien que mal que peut-être il ne serait pas convenable de chercher à séparer ces organes avec le bistouri; que, d'ailleurs, dans deux cas d'imperforations de la vulve, j'avais réussi beaucoup mieux en distendant ou en déchirant les tissus, au lieu de me servir de l'instrument tranchant; et que, dans cette circonstance, on pourrait peut-être essayer de dédoubler l'urèthre d'avec la vessie et le rectum, dilater l'ouverture avec de l'éponge préparée, et attaquer la tumeur par cette voie, si l'on pouvait parvenir jusqu'à elle.....

M. Boyer m'interrompit, en m'engageant d'arriver au fait. Déconcerté, je terminai en disant que je ne pensais pas qu'on pût faire l'opération avec un bistouri. M. Magendie dit qu'il pensait qu'on devait chercher à débarrasser l'utérus en faisant une ponction avec un trocart par le rectum. M. Marjolin dit qu'il partageait entièrement l'opinion de M. Magendie. M. Boyer dit : Moi, messieurs, je pense qu'il n'y a rien à faire, c'est une fille perdue. Toutes celles qui étaient dans le même cas sont mortes des suites de la maladie ou des opérations qui ont été tentées pour les sauver; alors il cita des exemples tirés des auteurs, et il insista plus particulièrement sur quelques cas récents connus de lui et de M. Marjolin, dans lesquels un chirurgien célèbre, en voulant désunir à l'aide d'un bistouri les organes soudés, avait pénétré dans la vessie, et les malades étaient mortes peu de jours après. Il termina en disant qu'il ne fallait rien faire.

Peu d'instants après, M. Boyer répéta, avec tous les ménagements possibles, aux parents de la jeune fille, ainsi qu'à M. Langenbecker, ce qu'il nous avait dit. Cependant MM. Magendie et Marjolin ajoutèrent qu'il *fallait me laisser explorer de nouveau*. Je m'efforçais de consoler les parents avec M. Langenbecker, qui avait saisi ma proposition et qui l'adoptait pleinement. Après avoir développé largement et plus à mon aise l'opéra-

lésions anatomiques qu'on a pu constater, et qui sont exactement semblables à celles de notre première observation.

---

tion que je projetais pour le lendemain, on prescrivit un bain, un lavement et un cataplasme sur la vulve.

Le 29, nous fîmes, M. Langenbecker et moi, une nouvelle exploration. Nous écartâmes fortement les grandes lèvres, et en tirant de même en bas le périnée, nous remarquâmes que l'urèthre s'entr'ouvrait largement, et qu'on voyait alors dans ce canal comme dans le conduit auditif. Immédiatement après l'exploration, je cherchai à exécuter ce que j'avais proposé. D'abord je plaçai l'extrémité du manche d'une grosse sonde droite au-dessous de l'urèthre, là où l'ouverture du vagin aurait dû se trouver. J'appuyai un peu fortement dans la direction de la soudure, comme pour faire un trou : je fis de même avec le petit doigt, après avoir mis un autre doigt dans le rectum pour me guider, je poussai un peu fort le petit doigt que j'avais posé sur la fossette de la vulve; *cette manœuvre fut douloureuse, mais eut plus de succès que je n'en attendais. L'impression de mon doigt resta.* Je recommençai la même manœuvre ; cette fois je pinçai le périnée avec un doigt dans l'anus et le pouce dans la vulve, et je tirai cette partie en arrière, pendant que j'enfonçais mon petit doigt; et, en tirant en haut ou en élevant l'urèthre, de sorte que je faisais deux tractions en sens opposé, dans le but de désunir les parties soudées, je crus sentir que les tissus cédaient ou obéissaient à mes tractions. *Il resta un trou* sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, je plaçai dans ce petit enfoncement en forme de doigt de gant une éponge préparée qui fut maintenue et renouvelée chaque fois qu'elle était ramollie ou dérangée. La jeune malade nous secondait de tout son pouvoir, car la pression de l'éponge était très douloureuse au commencement, parce qu'elle était desséchée et fort dure. Profitant de cet enfoncement conservé et dilaté par l'éponge, j'y introduisis deux doigts pour le distendre davantage et désunir l'urèthre d'avec le rectum. *Ce décollement fut très douloureux;* je sentis que la soudure cédait, et il y eut un véritable éraillement ou division de la muqueuse, et par conséquent une effusion de sang. La dilatation fut continuée avec l'éponge préparée.

Le 3 mars, on renouvela la même manœuvre que les jours précédents; de plus, après avoir placé les deux doigts indicateurs de telle sorte que les ongles se touchaient et les doigts formaient un angle aigu, pendant que la malade faisait avec courage des efforts d'expulsion, je poussai mes deux doigts en haut pendant que je cherchai à agrandir l'angle en repoussant le rectum en bas et l'urèthre en haut; cette nouvelle tentative fut très douloureuse, mais très efficace. L'éponge préparée fut employée à maintenir ce qui avait été obtenu.

Le 4 mars, la même manœuvre fut employée avec beaucoup de succès, c'est-à-dire que je parvins à désunir une grande étendue de la soudure, ayant soin de me guider par une sonde dans l'urèthre et un doigt dans le rectum. Quoique j'eusse déchiré au moins un pouce de l'adhérence, il s'écoula fort peu de sang. La déchirure fut encore maintenue avec de l'éponge préparée.

Le 5 mars, j'employai encore le même moyen, et j'arrivai promptement au but, *c'est-à-dire à la tumeur*, ou plutôt très probablement à l'utérus distendu par l'accumulation des règles. Il devenait inutile alors d'aller plus loin en arrière et en avant de la tumeur.

Le 7, comme les jours précédents, pour faire pénétrer une sonde dans la vessie, il fallut en diriger le bec vers l'ombilic. Le doigt indicateur, introduit dans le rectum, put reconnaître encore une tumeur volumineuse, arrondie, fluctuante, remplissant la cavité du bassin. Le diamètre du conduit artificiel semble s'être rétréci. L'introduction du doigt dans ce conduit est plus douloureuse qu'à l'ordinaire, il est serré. Ce changement pro-

OBSERVATION IV de de Haen, *loc. cit.*, pars VI, t. III, p. 32. — *Absence de vagin.— A seize ans, début des accidents, qui vont continuellement en augmentant. — A vingt-quatre ans, opération. — L'incision ouvre la vessie. — Mort le troisième jour après l'opération. — Ruptures des trompes. — Épanchement dans l'abdomen du sang qui distendait démesurément l'utérus et les trompes.*

« Virgo quatuor et viginti annorum, ab octo retro annis, quodvis auxiliorum genus, ad menses provocandos, frustra experta, totum suum hypogastrium tumidum, durumque habebat; quam duritiem durissima sed æquabilis zona ad

---

vient de ce que, la veille, on n'a pas dilaté avec de l'éponge préparée. Le doigt, qui pénétrait le 5 jusqu'à la profondeur de 2 pouces et demi et plus dans le conduit artificiel, n'entre plus que jusqu'à 2 pouces. Il est vrai que le toucher eut lieu debout, et dans ce cas était-ce le vagin artificiel qui s'était raccourci ou la tumeur qui s'était avancée? Quoi qu'il en fût, à cette profondeur on distinguait une tumeur dure, arrondie, comme le col de l'utérus, mais il n'existait pas d'ouverture au centre. Un examen avec un petit spéculum ne fournit aucune donnée nouvelle. La longueur des éponges fut diminuée. (Bain, potion diacodée, nourriture légère.)

Le 8 mars, la nuit a été fort agitée, la malade est mal disposée, l'éponge a occasionné beaucoup de douleur et a déterminé du spasme. Le doigt indicateur est de nouveau introduit pour explorer le conduit artificiel qui paraît plus court encore que la veille. La tumeur est évidemment rapprochée de la vulve, et, dans les mouvements d'expulsion faits par la malade, elle semble descendre davantage et repousser le doigt. Dans ces mêmes mouvements d'expulsion, la tumeur, touchée par le rectum, se rapproche de l'anus, et ses parois, très distendues, paraissent extrêmement minces.

Le 9 mars, la malade a passé une assez bonne nuit. Après m'être assuré, par l'introduction du doigt dans le conduit artificiel, que la tumeur était à peine à 2 pouces de la vulve, et après avoir, par le cathétérisme, acquis la conviction qu'elle était indépendante de la vessie, je me décidai à faire l'opération définitive, que je pratiquai de la manière suivante :

La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues par une chaise, je fis écarter, autant que possible, les grandes lèvres. J'introduisis alors jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche qui me servit à guider un petit stylet trocart, que je fis pénétrer de plus de 6 lignes dans cette tumeur dont les parois me semblèrent formées en cet endroit par un tissu fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur.

Je parvins néanmoins dans la cavité de la poche, puisque, après avoir retiré l'instrument, il sortit quelques petits filets d'un sang noir épais. Comme j'avais inutilement essayé d'enfoncer la canule du stylet trois-quart, et que d'ailleurs cette canule, étant fort étroite, n'aurait pu donner issue qu'à une très petite quantité de sang, j'eus recours au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, je pris un bistouri droit, à lame étroite, garni de linge dans les cinq sixièmes de son étendue, ayant la pointe entourée par une boulette de cire. Je le fis pénétrer à plat, sur le dos de mon doigt indicateur, jusqu'à la tumeur dans laquelle je le plongeai. Les tissus qu'il traversa étaient extrêmement durs. Il sortit alors du sang épais, noirâtre, gluant, qu'on ne peut mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau fort épais. J'espérais pouvoir forcer, à l'aide de l'ongle, l'ouverture que j'avais pratiquée avec le bistouri; mais la dureté des

umbilicum per universam abdominis amplitudinem terminabat. Octo annis miseriarum elapsis, demum ab obstetrice atresia laborare deprehenditur, examine a præstantissimis medico et chirurgo repetito id confirmatur.

» Unde hi 25 jan. 1761, operationem instituere. At vero imperforatio sola

---

tissus s'y opposant, je repris mon bistouri, et j'agrandis transversalement l'ouverture. Au même instant, il sortit un flot de sang gluant. Je pus alors introduire mon doigt indicateur, et je reconnus une large poche à parois dures et lisses, analogue à celle que l'on touche à l'intérieur de la matrice après l'accouchement; mais la douleur fut si vive et si insupportable, que la malade eut un accès de désespoir. Le doigt ayant été promptement retiré, je débridai à droite et à gauche avec mon bistouri boutonné, et il sortit de 10 à 12 onces de ce sang noirâtre, gluant, dont nous avons déjà parlé. La tumeur du ventre parut alors diminuer sensiblement. Je plaçai dans l'incision, c'est-à-dire jusque dans l'utérus, une grosse canule de gomme élastique entourée de linge, et bouchée à son extrémité antérieure; cette canule fut fixée à un bandage de corps. La malade, replacée dans son lit, passa bien le reste de la journée ; elle demanda même à prendre un bouillon à l'heure du dîner. Le sang continua à couler autour de la canule, mais lentement. La malade urina plusieurs fois sans souffrir ; l'urine était ordinaire. (Boisson délayante, potion calmante.)

Le 10 mars, la nuit fut assez calme. Il y eut une grande tendance à l'assoupissement. A onze heures du matin, le pouls est devenu fréquent, quoique la chaleur de la peau soit modérée. La malade est faible et toujours assoupie. Deux injections sont pratiquées dans la cavité de la tumeur et entraînent avec elles un peu de sang glaireux; il s'en est écoulé depuis l'opération environ deux livres. Dans la soirée, fréquence extrême du pouls, peau chaude, assoupissement. Cependant il ne se manifeste aucune douleur dans le ventre. La région hypogastrique s'est affaissée; l'intelligence est intacte. (Diète, boisson acidulée, changement de lit.)

Le 11, la nuit a été meilleure qu'on ne l'espérait; cependant la fièvre, l'assoupissement ont continuellement augmenté dans la soirée; on supprime la canule à dix heures. Vomissements glaireux, selles bilieuses précédées de tranchées violentes et de l'expulsion d'une grande quantité de gaz ; sentiment de brûlure tout le long de l'œsophage.

Le 12, prostration des forces; pouls faible, petit, très fréquent. Douleur abdominale très vive, *particulièrement dans la fosse iliaque gauche* et le creux de l'estomac, qui est bombé et douloureux ; envies de vomir, assoupissement presque continuel, intelligence intacte cependant. M. Magendie, appelé en consultation, trouve l'état de la malade fort grave. (Dix sangsues *sur la fosse iliaque gauche*, boissons mucilagineuses.) Après la chute des sangsues, amélioration sensible : la fièvre et l'assoupissement diminuèrent, les envies de vomir disparurent, la malade accusait un sentiment de chaleur dans l'œsophage. Pour faciliter la sortie des gaz qui la tourmentaient, on introduit une canule élastique dans le rectum. Le soir, sur la proposition du docteur Sichel, on fit sur le ventre des frictions avec 2 gros d'onguent mercuriel.

Le 13, la nuit a été assez bonne. Le ventre est toujours douloureux. (Frictions mercurielles, 2 gros.) J'examinai les parties opérées ; je reconnus que la suppuration était établie, qu'elle était même assez abondante. Vers le milieu de la journée, la fièvre s'alluma ; il survint des nausées. (Quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche *où l'on sentait une dureté qui s'étendait en haut jusqu'à l'épigastre.*) La malade était si faible, qu'on fut forcé d'arrêter promptement l'effusion de sang. Dans la soirée, on fit deux frictions de 2 gros d'onguent mercuriel.

Le 14, la nuit a été assez bonne. La malade est moins faible, on la change de lit vers le soir; la fièvre a diminué. Il se manifeste quelques symptômes hystériques. J'introduis

hic non aderat, verum etiam tanta partium, situ, figura, structura, immutatio, ut impossibile plane fuerit operationem debitam perficere. Hymenis quippe lata facta sectione, stylo prius, deinde digito, amplum in cavum penetrantes, concludere debuerunt in vaginam penetrasse sese; conclusionem

---

une sonde dans le vagin artificiel pour l'entretenir ouvert. Je parvins à toucher l'utérus par le rectum; il me parut dur et volumineux. Le 15, même état.

Le 16. A *deux pouces de l'anus, et dans la direction de l'utérus, le doigt fait reconnaître un corps dur*. La salivation qui s'était manifestée est arrêtée.

Le 17, il y eut quelques évacuations bilieuses qui affaiblirent la malade. J'introduis dans le vagin artificiel une sonde flexible portant une petite arête à deux pouces de son extrémité, pour qu'elle se tînt en place.

Le 18, mademoiselle S... est toujours triste, abattue, et dans un état de langueur entretenue par une petite fièvre continue. Je n'ai pas introduit de sonde dans le vagin artificiel, de crainte que le corps étranger ne l'irritât et ne fût pour quelque chose dans la production de la fièvre. Il y a eu dans la journée trois selles bilieuses, *et tout à coup la malade a rendu par l'anus une assez grande quantité de sang en tout semblable à celui qui était sorti après l'opération*. Le même phénomène se répéta plusieurs fois les jours suivants.

Du 18 au 1er avril, le mieux se soutint. Cependant il y avait toujours de la faiblesse et un peu de fièvre le soir. Plusieurs fois la malade rendit du sang noir par l'anus. A l'aide de canules de plus en plus grosses, je dilatai le vagin artificiel, et je m'assurai que la tumeur qui occupait l'hypogastre, *et surtout la fosse iliaque gauche*, diminuait considérablement, et que l'utérus revenait à son état normal.

Le 1er avril, la nuit fut très mauvaise; le matin, je trouvai les régions épigastrique et hypogastrique douloureuses. Il y avait de la fièvre et des envies de vomir. (Cinq sangsues furent appliquées, et, après leur chute, deux frictions mercurielles de 2 gros.)

Le 2, amélioration très sensible. M Magendie, appelé en consultation, trouve la malade dans un état satisfaisant. Le 6, l'appétit se fait sentir et la convalescence commence. Dès lors, mademoiselle S... alla de mieux en mieux, et elle quitta Paris, le 23 avril; elle était très faible et extrêmement maigre.

Pour partir de Paris, on fut obligé de la porter en voiture; le 25, à Metz, elle put monter l'escalier. Trois jours après être arrivée chez elle, les règles parurent pendant vingt-quatre heures, mais le sang était très pâle. Deux jours après, il y eut une nouvelle éruption qui ne dura que six heures. Une interruption eut lieu jusqu'au mois de juillet. Vers cette époque, elle ne se portait pas bien; elle avait souvent mal au ventre, au dos, sous les côtes, surtout lorsqu'elle avait fait une promenade à pied, en voiture ou sur un âne. C'est à la suite d'une promenade de cette dernière espèce qu'elle ressentit des douleurs plus fortes qu'à l'ordinaire. Ces douleurs durèrent toute la nuit et s'apaisèrent vers le jour. Alors elle se plaignait d'une douleur très vive, analogue à la piqûre faite par la pointe d'une aiguille. Quelques heures après, *les règles vinrent avec une grande force. Il sortit une grande quantité de sang épaissi, semblable à des morceaux de foie. Vers le milieu du jour, le sang prit une couleur et une consistance ordinaires*, et les règles ordinaires coulèrent pendant trois jours.

L'état de la jeune personne fut à peu près le même jusqu'au mois de septembre. A cette époque, *des douleurs semblables à celles qu'elle avait éprouvées avant l'opération* se renouvelèrent et durèrent trois jours, pendant lesquels elle employa des sinapismes appliqués sur les jambes. Les règles parurent et durèrent trois jours, mais *c'était du sang glaireux et de mauvaise nature*. Au mois d'octobre, il y eut du malaise et des indispositions. Au mois de novembre, elle devint sérieusement malade; l'usage des sina-

confirmari merito crediderunt prosilientis illico nigrini sanguinis, ex facta apertura, copia. Ita nempe solet res in bona operatione se habere. Sed certe ne sic quidem perforatum ullatenus virginem fuisse eventus docuit. Languens à longo tempore virgo triduo post obiit. Optimi illi viri veniam secandi

---

pismes n'eut pas le résultat avantageux ordinaire ; la malade paraissait menacée de convulsions. Des sangsues appliquées aux jambes la soulagèrent beaucoup. Le lendemain, les règles se montrèrent ; le sang sortit en caillots, mais moins gros que la dernière fois. Au bout de quatre jours, *un refroidissement suspendit brusquement le cours du sang.* Il y eut de la fièvre, la langue devint sèche, le ventre tendu et douloureux. Des frictions mercurielles furent faites sans résultat. La mère dit alors qu'il lui semblait que *sa fille avait la même maladie qui s'était déclarée à Paris quatre ou cinq jours après l'opération.* On appliqua douze sangsues sur le ventre, et l'on fit des frictions mercurielles. Bientôt la malade se trouva soulagée, et s'endormit d'un profond sommeil, qui dura deux heures et se répéta le soir. A dater de ce jour, elle alla de mieux en mieux jusqu'au 26 décembre. A cette époque menstruelle, il y eut de nouvelles douleurs, auxquelles on opposa avec bonheur une application de douze sangsues. Quelques jours après, il y eut une amélioration prononcée, et la santé se rétablit si bien, qu'à dater du mois de février 1833, la jeune personne devint gaie ; elle désira les plaisirs de son âge, et en particulier la danse, à laquelle elle se livra quelquefois pendant quatre et cinq heures de suite, sans que cela changeât en rien à la bonne santé. Depuis ce temps, les règles sont revenues régulièrement tous les vingt-six jours sans la moindre douleur, et jusqu'à ce jour sans interruption ; l'écoulement dure trois jours, mais le sang est peu abondant. Dès que les règles ont été bien établies, toutes les fonctions ont pris leur essor, et à une maigreur extrême a succédé un embonpoint et une fraîcheur remarquables.

Dans le mois de juillet 1834, c'est-à-dire deux ans après l'opération, mademoiselle S... est revenue à Paris dans un état parfait de santé ; toutes ses fonctions, et surtout celle de la menstruation, s'exécutaient à merveille ; on n'aurait pas supposé que cette jeune demoiselle avait supporté une opération si grave et dont les suites avaient été si pénibles et si chanceuses. Le toucher, pratiqué par le vagin artificiel, au lieu de me faire reconnaître un conduit fistuleux vulvo-utérin, comme je l'avais laissé, me fit constater un cul-de-sac long d'un pouce à 18 lignes. En voulant forcer le passage avec mon doigt pour arriver à l'utérus, je découvris que la vulve s'était enfoncée vers la fistule, et avait contracté des adhérences avec un corps dur que je sentais au bout de mon doigt et que je pris pour l'utérus. Ce qui me confirma dans l'idée que c'était bien la vulve qui se prolongeait vers l'utérus, c'est que le petit vagin, qui occupait la partie inférieure de la fistule, était tapissé par une membrane muqueuse lisse, polie et d'ancienne formation. Il me parut donc très probable que la cicatrice de la fistule s'était faite de haut en bas par le raccourcissement du trajet, de telle sorte que l'utérus avait été attiré en bas, et la vulve au contraire en haut et en dedans. C'est à la double traction qu'était dû l'infundibulum qu'on est aujourd'hui forcé de nommer vagin. Le contact du doigt contre le corps dur, qui correspondait au cul-de-sac du vagin, déterminait une sensation pénible chez la malade. Il était difficile de trouver l'ouverture par laquelle devaient s'écouler les règles ; il m'a semblé cependant le reconnaître.

En touchant par le rectum, j'ai reconnu l'utérus, et au-dessous une petite traînée noueuse qui aboutissait au cul-de-sac du vagin. Il me semblait que l'utérus était effilé par en bas et plus rapproché de la vulve que dans son état habituel. Le méat urinaire et l'utérus étaient fort dilatés. La pudeur naturelle à une jeune fille lui faisant repousser autant que possible une main étrangère, elle s'était chargée elle-même de continuer l'introduction des éponges préparées destinées à dilater le vagin artificiel. Mais par une erreur pré-

cadaveris sollicitaverunt, eamdemque adepti, me ad sectionem perhumaniter invitaverunt; rem igitur sic invenimus.

» Uteri stupenda moles, monstruosæque utrinque tubæ, tumorem una formabant, qui totum hypogastrium explens superiore sui parte illam zonam constituebat, quæ in vita deprehensa fuerat totum veluti ventrem intus cingere. Multa copia nigræ turbidæ fœtentis aquæ deprehendebatur cavum in ventrem effusa, *sed examine constitit ex parvis hinc inde tubarum putridarum aperturis eam profluere.* Ruptura sane hæc videtur mortis causa fuisse. Ovaria vix solitam figuram excedebant.

» Ordine sic ad contemplandam vaginam ducebamur. Patuit hymenis sectionem sufficienter amplam factam esse, ita quidem ut si vagina alias se secundum naturam habuisset, hæc eadem sectione hymenem adeoque vaginam, egregie aperuisset. Quoad nondum sectionis hymenis. . . . . Aquapendentem optimi viri hi secuti, recta, eaque unica sectione, membranam aperuerunt. Monui antea omnes partes præter naturam se hic habuisse. Igitur sectio eorum in qua peragenda urethram evitare studuerunt, nunc inveniebatur per urethram in ipsam penetrasse vesicam; hinc illum omnem nigricantem cruorem facta sectione prosilientem, non nisi ex læsis prosiliisse vasis concludebant : adeoque quantumvis evitare urethram studuissent, videbant se ob præternaturalem, mox exponendam partium structuram, id præcise quod evitare conati erant, effecisse; adeoque concludebant tutius se in posterum non Aquapendentem, sed alios qui obliquam incisuram commendassent, secuturos, cum præternaturalis conditio partium nequeat prævideri.

» Igitur hymene persecto, ne vestigium quidem vaginæ adfuit, sed solidum corpus totam vaginam explens, pollicis diametrum in amplitudine, sesqui pollicem in altitudine habens, eoque modo cum vagina unitum, ut proprie loquendo, ipsa vagina videretur undique incrassata fuisse, et ita in medio vaginæ

---

judiciable, elle confondit le méat urinaire avec l'orifice vaginal, et introduisit dans le premier ce qui était destiné à la dilatation du deuxième. Cette dilatation inutile fut la cause d'accidents qu'on attribua à l'élargissement du véritable conduit. Cependant il ne reste plus aujourd'hui qu'un peu d'élargissement dans la moitié antérieure du conduit excréteur de l'urine, élargissement qui ne présente heureusement aucun inconvénient, parce que la dilatation n'a pas eu lieu trop profondément.

Comme il s'agissait de décider si mademoiselle S... était dans des conditions telles qu'elle pût se marier sans danger, j'ai demandé que MM. Marjolin et Magendie fussent consultés de nouveau. Boyer n'existait plus. Ces messieurs, après une exploration plus minutieuse faite par madame Boivin, puis répétée par A. Dubois, malgré les conclusions de M. Amussat, décidèrent qu'un accouchement pourrait entraîner des dangers et qu'on ne pouvait conseiller le mariage. Un an après, 29 novembre 1835, mademoiselle S... se porte bien et est très exactement réglée sans aucune douleur; on peut introduire dans le vagin artificiel des bougies de cordes à boyau de 6 lignes de diamètre, conseillées par A. Dubois, et les faire pénétrer à 4 pouces 1/2 à 5 pouces. La cicatrice fistuleuse se dilate facilement maintenant.

centro coagmentata, ut non nisi unicum solidum, sine concretionis vestigio, representaret. Porro supra hoc carnosum solidum corpus, cavæ vaginæ erat portio, eaque adeo amplissima, ut caput infantis capere posset, plena sanie fusco-nigra; tubæ immensæ utrinque molis eadem materia distendæ, licet binc inde per foraminula multum ejusdem in cavum ventrem, quemadmodum supra jam narraveram, profudissent. Uterus pollicem in substantia crassus, ingenti amplissimoque suo cavo eamdem nigram saniem continuit. »

Je n'ajouterai à cette observation qu'un mot de réflexion, destiné à signaler les dangers immenses que font courir aux malades les tentatives souvent répétées depuis de Haën, de créer un vagin à coups de bistouri, et l'avantage que paraît avoir, au moins au point de vue de la vie, le procédé par décollement qui n'a entraîné d'accidents graves, ni dans l'observation d'Amussat, ni dans celle qui m'est personnelle, que je placerai dans le chapitre consacré au traitement, parce qu'elle n'a pas eu un résultat final bien satisfaisant pour la fonction génitale. Cette différence de léthalité m'a engagé à séparer les absences congénitales du vagin pour lesquelles on peut employer le procédé par décollement, des oblitérations fibreuses, congénitales ou de l'enfance, pour lesquelles il faut bien avoir recours à l'instrument tranchant, quoiqu'il soit toujours dans ces circonstances infiniment dangereux, beaucoup plus dangereux même qu'on ne le pense généralement.

Ces oblitérations fibreuses occupent tantôt tout le vagin, comme dans l'observation placée en note (1), tantôt, au contraire, occupent

---

(1) Obs. de M. Debrou, *Gazette médicale*, 1851, p. 32. — *Coarctation fibreuse de tout le vagin. — Imperforation du col utérin. — Début des accidents à dix-sept ans. — A dix-neuf, distension de l'utérus et de la trompe droite. — Première opération : rétablissement du canal du vagin et de l'orifice utérin. — Deuxième opération. — Grossesse. — Accouchement à terme. — Éclampsie. — Application du forceps, enfant mort-né. — Métro-péritonite mortelle.*

La jeune L...., âgée de dix-neuf ans, d'une taille moyenne, ayant les cheveux châtains, les seins, la poitrine et les hanches bien développés, avait joui jusqu'à dix-sept ans d'une bonne santé. A cette époque, elle commença à éprouver tous les mois, dans le siége, les reins et les cuisses, pendant plusieurs jours, des douleurs semblables à celles qui annoncent l'établissement de la menstruation. Les règles ne parurent point cependant, et le malaise général ainsi que les douleurs augmentèrent graduellement à chaque époque, jusqu'à l'âge de dix-neuf ans. Alors elle me fit demander à la campagne où elle habite, pour remédier aux accidents qu'elle éprouvait. Je me bornai à conseiller des sangsues, des sinapismes aux cuisses et des bains de siége aromatiques.

Trois mois plus tard elle vint me voir à Orléans, et m'apprit que ses règles n'avaient point paru. Depuis ces trois derniers mois, elle avait souffert beaucoup plus qu'aupara-

seulement une portion plus ou moins limitée de ce conduit, plus

---

vant; elle avait eu à chaque époque de molimen menstruel des douleurs atroces, disait-elle, pendant plusieurs jours, et au lieu de reprendre sa santé habituelle dans les intervalles des mois, elle avait presque perdu le sommeil et l'appétit et maigri considérablement. Elle-même m'apprit qu'elle avait dans le ventre une grosseur dont elle s'était aperçue le matin du jour de sa visite.

J'examinai le ventre, et trouvai à l'endroit indiqué par la malade, c'est-à-dire sur le côté droit, une tumeur de forme ovalaire, du volume d'un gros œuf de poule, douloureuse au toucher et un peu roulante sous la main. En outre, l'hypogastre était rempli par une autre tuméfaction beaucoup plus étendue, remontant depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette seconde tuméfaction était régulièrement arrondie, légèrement douloureuse, ferme, mais cependant un peu élastique. La petite tumeur située à droite était comme appliquée sur elle. La percussion donnait un son mat dans un rayon étendu depuis le pubis jusqu'à 3 pouces de l'ombilic. Je pensai alors que la tumeur hypogastrique était formée par les règles qui n'avaient pu trouver issue par la vulve, et que celle plus petite qui était dans le flanc *droit était probablement faite par l'ovaire distendu par du sang*. Afin d'établir mon opinion, je demandai à examiner les parties génitales externes.

Le pubis était couvert de poils abondants. La vulve était munie d'un clitoris, de grandes lèvres et de petites lèvres, celles-ci à la vérité peu développées. Entre les nymphes, le clitoris et la fourchette, qui était un peu bridée par un repli muqueux transversal, on voyait une légère dépression sans ouverture, qui tenait lieu de l'entrée du vagin. L'orifice de l'urèthre, placé comme à l'ordinaire, admettait aisément une sonde qui se dirigea fortement en avant contre le pubis pour s'engager jusque dans la vessie. L'espace compris entre la fourchette et l'anus, c'est-à-dire le périnée proprement dit, avait 2 pouces d'étendue.

En portant un doigt dans le rectum, on sentait à 2 pouces au-dessus du sphincter une tumeur résistante, arrondie, ayant en bas le volume d'une grosse noix, et s'élargissant bientôt pour acquérir de grandes dimensions. Cette tumeur correspondait à la tuméfaction hypogastrique signalée plus haut. Le rectum, au lieu de se porter d'abord en avant par une courbure régulière, se dirigeait presque tout de suite en arrière. Enfin, en plaçant le doigt indicateur gauche dans l'intestin, pendant que je maintenais une algalie de femme dans l'urèthre et la vessie, et, faisant effort pour rapprocher l'algalie de mon doigt, je reconnus qu'ils étaient séparés par un intervalle de 3 à 4 lignes d'épaisseur, formé d'une substance ferme et difficile à déprimer.

Cet examen me fit penser : 1° que la tumeur de l'hypogastre était faite par l'utérus, distendu par le sang des règles qui n'avait pu trouver d'issue ; 2° que la petite tumeur mobile sur le côté de la première, dans le flanc droit, *était due à l'ovaire ou à la trompe distendus aussi par le sang, et peut-être près de se rompre dans le péritoine*; 3° que le vagin manquait en totalité ou en presque totalité, et qu'il était remplacé par du tissu fibreux; 4° enfin que si l'on voulait enlever la malade à une mort inévitable, il fallait traverser le tissu fibreux intermédiaire à la vulve et au col utérin ; que par conséquent on devait se décider à une opération, un peu incertaine dans son résultat sans doute, mais nécessaire et tentée plusieurs fois avec succès.

Je fis examiner cette jeune fille par M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, afin de m'aider de son avis et de ses lumières. Son avis étant en tout conforme au mien, nous nous décidâmes à opérer et à le faire sans retard, parce que la malade se trouvait à un moment qui correspondait à une époque menstruelle.

Le lendemain, 22 février 1847, nous opérâmes de la manière suivante. La jeune fille

souvent la partie moyenne que tout autre point, comme l'a établi

---

étant située sur le bord de son lit, les cuisses écartées et soutenues comme pour une opération de lithotritie, je commençai par vider la vessie. Je voulus laisser l'algalie en place, en la faisant tenir, mais comme elle m'eût gêné pendant l'opération, à cause de l'obliquité de l'urèthre qui forçait le pavillon à descendre fortement en arrière au-devant de la vulve, je renonçai à ce secours, et me bornai à placer mon indicateur gauche dans le rectum, afin de sentir et d'éviter cet intestin. Les petites lèvres étant écartées, je pénétrai, avec la pointe d'un bistouri à lame courte, au centre de l'espace compris entre la fourchette et l'urèthre. Le tissu que je rencontrai était résistant et fibreux. Je le divisai graduellement, à petits coups, débridant de temps en temps sur les côtés avec un bistouri boutonné, et explorant avec le doigt le fond de la plaie. Arrivé à plus d'un pouce de profondeur, j'avais espéré trouver des tissus moins durs ou une cavité, comme cela s'est rencontré plusieurs fois en des opérations semblables, et j'essayai de me faire jour avec l'ongle et le manche du bistouri. Mais les tissus étant toujours très fermes, je fus obligé de revenir à l'instrument, et de diviser avec sa pointe pendant plusieurs lignes encore, jusqu'à ce que parvenu à 2 pouces environ, je crus sentir au fond de la plaie et avec mon doigt un corps solide et arrondi. J'employai l'ongle et le bec d'une grosse sonde cannelée à écarter les couches profondes, et je pus enfin dégarnir assez complétement cette saillie située à 2 pouces et demi de la vulve. Il s'était écoulé peu de sang. Nous nous appliquâmes à reconnaître ce qu'était cette saillie au fond de la plaie, et en explorant par le rectum, en imprimant des mouvements à la tumeur hypogastrique, nous acquîmes la certitude que c'était une portion de l'utérus, le col probablement, puisque nous étions dans sa direction. S'il en était ainsi, nous avions espéré que les règles allaient s'échapper ; il n'en fut rien, même en pressant l'hypogastre, et il fut impossible avec le bout du doigt, d'une sonde ou d'un stylet, de trouver l'orifice du col. Je crus reconnaître seulement un point plus aminci, situé en travers, et qui pouvait être l'orifice fermé du museau de tanche. Dans tous les cas, le parti que nous avions à prendre était de percer la tumeur en ce point pour pénétrer jusque dans l'utérus. Je glissai donc sur mon doigt un bistouri étroit, garni de linge près du talon, et arrivé sur la tumeur, j'y enfonçai la pointe comme avec un trocart. La résistance ne fut pas très grande, et aussitôt un peu de sang coagulé s'échappa sur mon doigt. J'introduisis une algalie de femme à la place du bistori, et une plus grande quantité de sang sortit par la sonde. Néanmoins l'ouverture me paraissant trop petite, je l'agrandis en travers avec un bistouri boutonné conduit sur une sonde cannelée. Le tissu divisé cria assez fortement sous le bistouri. J'obtins ainsi un orifice de 5 à 6 lignes, par lequel sortit une très grande quantité de sang demi-coagulé, semblable à du chocolat épais, ou mieux à de la gelée de groseille un peu liquide. Ce sang, qui était d'une couleur très foncé, peut être évaluée à un peu plus de deux grands verres. Une partie qui fut conservée dans une assiette était, le lendemain, d'un rouge plus clair, et coagulée comme le sang d'une saignée, avec cette différence qu'elle offrait très peu de sérum.

L'ouverture faite à l'utérus était assez large pour admettre mon doigt indicateur, et je pus, en introduisant celui-ci après l'écoulement du sang, reconnaître une cavité très ample, dont les parois étaient extrêmement lisses et comme enduites d'une couche de vernis. Il me fut facile de constater aussi, en portant l'un de mes doigts dans la matrice et un autre dans le rectum, que la paroi de l'utérus était très amincie ; ce qui doit faire admettre que la matrice ne subit point, dans la distension causée par l'accumulation des règles, l'épaississement des parois que l'on sait exister lorsqu'elle est remplie par le produit de la conception.

La malade fut tout de suite soulagée par la sortie du sang. La tumeur hypogastrique dimi-

M. Debrou dans les réflexions qui suivent son observation, aux-

---

nua beaucoup de volume, et l'on trouva immédiatement un son clair à la percussion, à partir de trois travers de doigt au-dessus du pubis. La tumeur, plus petite et *attribuable à l'ovaire ou à la trompe, était devenue moins sensible et plus profonde.*

Nous constatâmes que ni l'ovaire, ni la vessie, ni le rectum, n'avaient été intéressés. Une couche de tissus de 2 à 3 lignes d'épaisseur séparait la cavité de l'intestin du trajet creusé par le bistouri.

Je fis trois injections portées jusque dans la matrice même avec peu de force. J'introduisis une longue mèche de charpie à travers le nouveau vagin, et, pénétrant dans la matrice, j'accumulai de la charpie dans le vagin sur les côtés de la mèche, et le tout fut assujetti par un bandage approprié. (Orge et chiendent, diète.)

Le lendemain, 22 février, la malade a souffert beaucoup, pendant la nuit, de coliques et de douleurs dans les reins. L'hypogastre, douloureux, a repris du volume, quoique bien moins qu'avant l'opération. La malade a uriné la veille et de nouveau dans la matinée du 23. Je retire la mèche et la charpie, et il s'échappe un liquide rougeâtre mêlé de caillots, ce qui soulage beaucoup la malade. Il n'y a eu ni nausées ni vomissements. La fièvre est forte. Le pouls plein et tendu donne 123 pulsations. (Deux injections d'eau de mauve dans l'utérus, même pansement; cataplasmes sur le ventre. J'aurais prescris un bain s'il eût été possible de le faire.)

Le mercredi 24, la fièvre est plus forte. Pouls a 135, visage très animé. La malade a éprouvé de vives douleurs à l'hypogastre, les aines, les reins, et des efforts de pression vers le siége. Envies d'uriner fréquentes et douloureuses; hypogastre tendu, sensible au toucher. Le globe de l'utérus est facilement appréciable, quoique la percussion donne un son clair assez bas, à cause de la présence de gaz dans l'intestin. La mèche était presque sortie. (Deux injections; saignée trois pal.; cataplasmes; lavements avec 30 gram. miel merc. Diète absolue.)

Jeudi 25. — Le sang retiré du bras la veille est légèrement couenneux. La malade a beaucoup moins souffert et a dormi trois heures. La peau est humide (pouls 110). Le lavement a procuré une garderobe. Le ventre donne un son clair presque jusqu'au pubis. Il peut être palpé partout sans douleur, excepté à droite, où l'on sent profondément la petite tumeur. Le toucher par le rectum fait connaître que l'utérus est beaucoup revenu sur lui-même. Les grandes et les petites lèvres ne présentent point de gonflement, pas plus que les jours précédents. (Injections par la sonde restée en place; cataplasmes. Bouillons).

Vendredi 26. — La malade a dormi presque toute la nuit et a très peu souffert. Le ventre est partout indolent, si ce n'est à droite. Pouls 95. (Potage; bouillons; lavement huileux.)

Du 1er au 5 mars.— La malade a recouvré le sommeil et l'appétit qu'elle avait perdus depuis deux mois. Elle fait deux légers repas par jour. L'hypogastre, quoique insensible, présente encore un développement marqué de l'utérus. Depuis le 26 février, j'avais quelquefois supprimé la sonde portée dans la matrice, pour ne placer qu'une éponge dans le vagin. J'introduisis de nouveau la sonde et de la charpie sur ses côtés.

Le 18 mars, je constate que l'ouverture faite à l'utérus ne peut plus admettre le bout de mon doigt et embrasse exactement la sonde n° 8, laquelle pénètre à 2 pouces et 1/2 au delà de l'ouverture du col. Cette dernière circonstance indique que la cavité de l'utérus est encore loin d'être effacée. Il ne s'écoule presque plus de suppuration du vagin, et un liquide rougeâtre mêlé de mucosités filantes sort de l'utérus. Je suspends l'usage de la sonde introduite dans la matrice, et me borne à dilater le vagin, qui est assez large et offre au moins 3 pouces de hauteur. Cette élongation est due, sans aucun doute, à ce que

LANE LIBRARY

quelles je dois renvoyer ceux qui voudront traiter particulièrement

---

la matrice, en revenant sur elle-même, s'est éloignée du périnée. La malade se lève depuis quatre jours.

Le 20 mars. De légères coliques, des douleurs de reins, des pesanteurs sur le siége annoncèrent une tendance à l'apparition des règles, tendance que je voulus aider par des bains de pieds et des sinapismes. Les règles ne parurent pas, et le 24 tous les prodromes du molimen menstruel avaient cessé. Je replaçai dans l'utérus une sonde qui y fut maintenue jusqu'au 28.

Pendant le mois d'avril, je revis moins assidûment la malade. J'abandonnai tout à fait l'usage de la sonde, portée jusque dans la matrice, et me contentai d'entretenir la dilatation du vagin au moyen d'une éponge préparée et enveloppée d'une toile fine qu'on introduisait chaque matin en la renouvelant. La santé se conserva d'ailleurs très bonne, et il ne survint aucun accident. Les prodromes de l'époque menstruelle manquèrent au temps habituel, qui était du 20 au 24 de chaque mois.

Le 26 avril, voulant examiner les parties, je portai un spéculum ani dans le vagin, et reconnus, à un pouce de profondeur environ, un bride circulaire qui empêcha de voir le col de l'utérus. Je coupai cette bride à l'aide d'un bistouri boutonné et en plusieurs sens; je déchirai en outre avec le doigt et une sonde cannelée plusieurs autres brides profondes, et je refis un canal qui pût admettre mon doigt indicateur entier; mais je ne pus apercevoir l'orifice pratiqué à l'utérus. Il ne survint, le lendemain et les jours suivants, aucun accident consécutif à cette petite opération.

Huit jours après, l'éponge préparée, que l'on plaçait chaque matin pour dilater le vagin, fut chassée par du sang qui sortit assez abondamment, en partie liquide et en partie formé de caillots. C'étaient les règles qui paraissaient spontanément pour la première fois de la vie, chez cette jeune fille, et qui coulèrent les 4, 5 et 6 mai.

Je n'étais cependant pas au bout des difficultés que j'avais à surmonter. Averti par ce qui venait de se passer et par le rétrécissement de la partie supérieure du vagin, que j'attribuai à un défaut de soins dans le pansement, dès le 7 mai je recommençai à dilater le vagin tous les jours, ayant pour but de conserver ce qui était acquis, c'est-à-dire un canal assez long et assez large pour admettre le doigt indicateur. Je cherchai inutilement à retrouver l'ouverture de la matrice et je renonçai à regret à porter une sonde dans l'utérus. Je me bornai donc à tamponner le vagin tous les jours, soit avec des boulettes de charpie, soit avec de l'éponge préparée. Le 5 juillet, la malade voulant retourner chez elle, je lui remis un petit cylindre de bois creusé d'un canal intérieur, ayant la longueur et le volume du doigt, et je recommandai à la jeune fille de le porter dans le vagin en le soutenant au moyen d'un bandage approprié.

Cependant les règles manquèrent en juin, juillet et aux mois suivants. Je fus demandé au mois de mars 1848 pour des accidents semblables à ceux qui avaient nécessité la première opération. L'utérus était de nouveau *très distendu, et l'on sentait même dans le flanc droit la petite tumeur formée par l'ovaire.* Il était évident qu'une nouvelle ponction de l'utérus devenait indispensable; mais comme le vagin avait conservé des dimensions très suffisantes, je regardai l'incision de l'utérus comme une chose très simple, exempte d'accidents, et je pensai qu'il serait enfin possible de rendre permanente l'ouverture du col.

Les choses se passèrent en effet ainsi. Le 29 mars, je pratiquai une nouvelle ponction au fond du vagin reconstruit; puis, comme la première fois, j'agrandis l'ouverture avec un bistouri boutonné. Il s'écoula un peu moins de sang que l'année précédente. Aucun accident ne survint. Il y eut à peine un peu de fièvre, et la malade put se lever au bout de quatre jours. Cette fois, n'ayant plus à m'occuper du conduit vaginal qui avait repris

LIBRARY

les oblitérations du vagin, non-seulement à cause de l'intérêt de ces

---

près de 3 pouces de longueur par suite du retrait de l'utérus après l'évacuation du sang, je portai tous mes soins sur l'incision de la matrice. Je me servis, pour l'entretenir, d'une canule de rechange que je changeai tous les jours, et, au moyen de laquelle, je fis des injections émollientes et aromatiques pour nettoyer et déterger la cavité utérine.

Les règles manquèrent en avril, mais elles parurent le 20 mai, après trois jours de prodromes, et, à partir de cette époque, elles n'ont pas cessé d'avoir lieu tous les mois, coulant pendant trois jours, et s'annonçant par de la courbature et de légères douleurs de reins, ainsi que cela a lieu chez la plupart des femmes. L'appétit, le sommeil et la gaieté revinrent bientôt, et avec eux l'embonpoint.

Conséquences de l'opération.—Au mois de décembre 1848, neuf mois après une guérison qui ne s'était point démentie, la jeune L...., alors âgée d'un peu plus de vingt ans, vint me voir pour me demander si elle était en état de se marier. J'avais considéré le mariage comme réalisable un jour, et je l'avais dit aux parents de la jeune fille, mais j'avoue que cette demande me prit au dépourvu. Je crus apercevoir que si je ne prononçais pas une interdiction formelle, mais seulement une demi-défense, on passerait outre mon avis. Je répondis qu'il était prudent d'attendre encore avant de prendre un parti, et j'engageai les parents à revenir me voir, tout en ne me dissimulant pas que j'abandonnais ainsi à des circonstances indépendantes de moi un événement que je désirais en le craignant un peu, mais qu'après tout je n'avais pas de motif suffisant pour empêcher d'une manière absolue. Un obstacle au mariage ne pouvait plus venir du vagin, qui était capable de permettre la copulation. La possibilité d'une conception avec ses suites me préoccupait seule, et à cet égard, j'avais plutôt des appréhensions qu'une opinion réfléchie, car l'expérience, qui aurait pu être ici le meilleur guide, n'a pas encore, je crois, prononcé une seule fois sur un sujet pareil. S'il survenait une grossesse, sans doute le col de la matrice pourrait faire naître des difficultés au moment de l'accouchement ; mais encore ces difficultés ne devaient pas être différentes de celles qui se sont rencontrées lorsque le col s'est fermé accidentellement après la conception, et l'expérience a déjà prononcé d'une manière favorable dans cette dernière circonstance.

Quoi qu'il en soit, il arriva que quatre mois plus tard et sans me demander un nouvel avis, ainsi que nous en étions convenus, ma malade se maria. Je l'appris par hasard, un jour que j'allais la voir en passant par son village. C'était trois semaines après l'événement. J'eus le désir d'examiner les parties opérées, et voici le résultat de cette visite, qui eut lieu le 24 février 1849.

La jeune femme a pris de l'embonpoint et ses mamelles se sont remarquablement développées. Elle n'a éprouvé aucun retard ni aucune diminution dans ses règles. Sa santé sous tous les rapports est excellente. Il s'écoule par la vulve un liquide muqueux, peu abondant, assez semblable aux flueurs blanches. Le vagin a un peu moins de 3 pouces de longueur, il est assez large pour permettre aisément l'entrée simultanée de deux doigts. Les parois sont molles, souples, dépressibles et tapissées d'une membrane rosée, analogue aux membranes muqueuses. Vers le haut, sa largeur est un peu moindre qu'au milieu, et près de la vulve. On sent au fond l'extrémité de l'utérus percée d'un trou qui reçoit aisément le bout d'une algalie de femme. Cet orifice est circulaire, à bords durs et un peu ridés, et l'on ne reconnaît pas une partie faisant saillie dans le vagin, comme le fait ordinairement le col utérin ; à proprement parler, il n'y a ni col ni museau de tanche. Le fond du vagin, un peu plus étroit que le reste de sa longueur, s'attache circulairement autour de l'orifice. Le ventre, qui est ferme, donne un son clair jusqu'au niveau du pubis, et l'on ne peut sentir au toucher ni l'utérus ni la tumeur que j'ai supposé être formée par l'ovaire ou par une trompe. En explorant par le rectum, on sent un corps

réflexions, mais à cause des indications bibliographiques qui s'y

---

arrondi ayant un peu plus de volume qu'un col utérin; le doigt n'atteint pas jusqu'au corps de l'utérus.

Il eût été trop tard pour blâmer la conclusion du mariage, et je déclarai que l'on avait bien fait de s'y décider. La jeune femme m'avoua que le mari avait eu quelque peine à accomplir les premières approches, mais que bientôt le résultat avait été satisfaisant. Je la quittai avec un mélange de craintes et d'espérances et en réfléchissant aux conséquences qui pouvaient suivre. Elle me promit, si elle devenait enceinte, de m'en avertir.

Elle oublia encore sa promesse, mais le désir qui me portait vers un fait pour moi si plein d'intérêt, m'attira chez elle vers la fin d'avril, et j'appris qu'elle était enceinte depuis près de trois mois. Elle avait eu ses règles *du 7 au 10 février; mariée le 12, elle devint enceinte immédiatement* ou au moins dans les jours qui suivirent. Ses règles, qui n'avaient point manqué depuis la dernière opération, ne reparurent plus.

Le temps de la grossesse se passa sans aucune circonstance remarquable. La santé de la jeune femme fut en général bonne. Il y eut des vomissements et des maux de cœur dans les premiers temps; mais rien de particulier dans le ventre, qui se développa régulièrement comme dans une grossesse ordinaire. Les mouvements de l'enfant se firent sentir à quatre mois et demi, et persistèrent jusqu'à la fin. Vers le mois d'août, sous l'influence de l'épidémie régnante de choléra, cette jeune femme eut une diarrhée qui dura trois mois, jusqu'au moment de son accouchement, et qui l'affaiblit d'une manière notable.

Accouchement. — Le travail de la parturition eut lieu le 2 novembre 1849, *deux cent soixante-deux jours*, ou autrement *neuf mois moins onze jours* après le jour du mariage. Je m'étais réservé le droit de faire l'accouchement; je fus demandé, et j'arrivai près de la malade à midi. Les douleurs avaient commencé à cinq heures du matin. La journée de la veille et la nuit s'étaient passées comme à l'ordinaire.

A mon arrivée, la matrice, touchée au fond du vagin, présentait une ouverture de la largeur de 1 centimètre, à travers laquelle un peu de liquide amniotique s'était écoulé. La tête, que je pus reconnaître, était descendue dans l'excavation du petit bassin. Les douleurs se suivaient régulièrement toutes les quatre ou cinq minutes, et portaient à la fois sur les reins et sur le siége. Tout me faisait présager une issue favorable, et j'attendis, non sans anxiété, mais avec confiance dans les ressources de la nature.

A une heure, l'ouverture de la matrice (je n'ose pas dire le col) ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, je pus y introduire mon doigt et reconnaître une présentation de tête en deuxième position. Le pourtour de l'orifice utérin était ferme et tendu, quoique mince. Je débridai avec un bistouri boutonné, porté sur mon doigt, en plusieurs sens, mais seulement sur les côtés, afin de ménager le rectum et la vessie.

La dilatation n'en devint pas beaucoup plus rapide. A trois heures, elle avait acquis la largeur d'une pièce de 2 francs. Les douleurs ne diminuaient ni en force ni en fréquence. Je fis deux nouveaux débridements, l'un qui porta sur une sorte de bride ou demi-valvule intérieure, incluse au dedans de l'orifice. Ces débridements furent peu étendus, comme ceux que j'avais faits d'abord, par la raison que l'utérus manquant de col et de lèvres (ainsi que je l'ai déjà exposé plus haut) et le vagin s'insérant circulairement autour de son orifice, je craignais, en agrandissant trop mes incisions, de léser des parties importantes. Néanmoins je trouvai assez de liberté pour introduire mon doigt dans l'utérus et parcourir librement la cavité entre la paroi la plus avancée et la tête du fœtus.

A cinq heures, la dilatation équivalait à la largeur d'une pièce de 6 livres, et le cuir chevelu, faisant saillie à travers elle, formait une très légère bosse sanguine dans le vagin. Les douleurs, moins intermittentes et plus continues, portaient moins. La jeune

trouvent. J'avais l'intention de compléter ces indications bibliogra-

femme se disait très faible et commençait à perdre courage. Dès mon arrivée, je lui avais fait prendre du bouillon à plusieurs reprises, parce qu'elle n'avait pas mangé depuis la veille. Je commençai à avoir des inquiétudes et à craindre que la mère n'eût pas assez de forces pour accoucher naturellement.

A six heures moins un quart, la malade se plaignit d'une vive douleur de tête (qu'elle n'avait pas encore sentie jusque-là), et à l'instant même, elle tomba dans un accès d'éclampsie : tête renversée en arrière, grincement des dents et des mâchoires, perte de connaissance, pouls très petit et très rapide, peau froide. J'ouvris la veine du bras et retirai environ 2 onces de sang. J'envoyai chercher de la farine de moutarde et prier un médecin, résidant dans le village, M. Regnault, de venir m'assister. La malade revint à elle au bout de trois minutes, et se plaignit d'un resserrement à l'épigastre et d'une violente douleur de tête. J'appliquai un sinapisme au creux de l'estomac. Un quart d'heure après le premier accès, un second, en tout semblable et de même nature, survint. M. Regnault était arrivé. L'accès étant fini, j'appliquai immédiatement le forceps sur la tête qui était à peine engagée dans le détroit inférieur. L'introduction des cuillers n'offrit point de difficulté ; je les plaçai rapidement, et je terminai, en me hâtant un peu dans la crainte d'un nouvel accès, et ne me hâtant pas trop pour ménager des parties si peu préparées au passage d'une tête d'enfant grossie par un forceps. Tout cela, néanmoins, fut assez rapide.

L'enfant était mort et ne put être ranimé. Je pense qu'il a succombé pendant les accès d'éclampsie, car la mère sentit remuer plusieurs fois pendant le travail. L'arrière-faix sortit presque de lui-même, au bout de vingt minutes. Il n'offrait rien de particulier. La mère fut satisfaite de se voir délivrée. Elle conserva de l'étonnement, un peu d'incohérence dans les idées ; mais aucun nouvel accès d'éclampsie ne survint, et dans la soirée elle avait repris toute sa raison.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 2000 grammes et avait 0m,50 de longueur. Il avait des cheveux, des ongles formés jusqu'au bout des doigts, et tous les signes d'un enfant à terme. Il était chaud, avait la peau fraîche et le visage seulement violacé. La circonférence de la tête, mesurée par une ligne passant autour de l'occiput et des bosses frontales, donnait 0m,33 ; la circonférence, passant par l'occiput et le menton, donnait 0m,36. Il eût été intéressant de constater dans quel état se trouvaient la vulve, le vagin et la matrice ; parties qui pouvaient avoir le même vice de conformation que celles de la mère. J'ai négligé cette recherche.

Je n'ai point indiqué dans la description du travail l'état de la poche des eaux ; je ne trouvai point cette poche, et il faut admettre que les membranes étaient rompues avant mon arrivée. J'ai omis de parler aussi, mais ceci est une omission, de la disposition du bassin chez la mère. Il m'a paru bien développé dans toutes ses parties. Je regrette de ne pouvoir donner ses dimensions.

Le lendemain de l'accouchement, 3 novembre, je revis la malade de bonne heure. Elle avait assez bien dormi, n'avait eu ni délire, ni stupeur, ni mal de tête, mais conservait encore une sorte d'étonnement. La matrice, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, faisait éprouver une légère douleur à la pression. Le reste du ventre n'était point douloureux. Les urines étaient gardées dans la vessie, et je fus obligé de pratiquer le cathétérisme. J'examinai attentivement les parties extérieures de la génération. Les grandes lèvres étaient un peu gonflées. Le périnée avait subi une déchirure d'un pouce environ ; mais un bon pouce restait intact au-devant de l'anus. J'introduisis mon doigt dans le rectum, et je constatai l'intégrité complète de la cloison recto-vaginale. (Orge, chiendent ; cataplasmes. Trois bouillons.)

Le dimanche, 4 novembre, le sommeil a été interrompu. Le ventre est douloureux

phiques, mais la crainte de rendre plus difficile encore la lecture de ce mémoire, qui n'est déjà que trop surchargé de notes, a dû me faire renoncer à ce projet, et rapporter tout de suite trois observations, suivies d'autopsies, présentant toutes trois le même vice de conformation, la dilatation des trompes, et l'issue par cette voie du sang contenu dans les organes génitaux, qui vint ainsi tomber dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION V (1). — *Oblitération congénitale du vagin. — Ponction. — Péritonite mortelle. — Épanchement du liquide menstruel dans la cavité péritonéale, provenant du passage de ce liquide, de l'utérus par les trompes, jusque dans l'abdomen.*

Les cas d'oblitération congénitale du vagin, dit sir B. Brodie, sont plus communs qu'on ne le croit. J'ai vu quatre fois des occlusions du vagin qui sont communément décrites sous le nom d'*imperforation de l'hymen*. Une fois, une malade vint me consulter à l'hôpital Saint-Georges, elle fut opérée, mais ne voulut pas rester à l'hôpital, et, chez elle, elle n'échappa qu'à grand'peine à la mort par suite de péritonite. Dans un autre cas, traité à l'hôpital, peu de temps après la ponction du vagin, il survint des symptômes de péritonite aiguë, et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen une grande quantité de liquide menstruel, mais il n'y avait aucune rupture de l'utérus ou des trompes de Fallope, et il fut impossible d'expliquer la présence du liquide sanguin dans l'abdomen autrement qu'en supposant qu'il avait passé de l'utérus dans la cavité péritonéale par les trompes.

Plus complète et beaucoup plus probante, l'observation suivante rapportée par M. Locatelli (2) est infiniment intéressante, à cause

---

dans la région de la matrice qui remonte encore jusqu'à l'ombilic. Les écoulements de la vulve sont diminués. Le pouls, fréquent et vif, donne 120. (20 sangsues sur le bas-ventre; sinapismes aux cuisses; diète.)

Le lundi, 5 novembre, la malade a dormi et n'éprouve aucune douleur dans le ventre; la pression seule en fait naître un peu. L'utérus a diminué de volume, les lochies sont plus abondantes, pouls à 100. L'état moral est très bon, la malade a uriné seule à plusieurs reprises. (Cataplasmes; deux bouillons.)

A partir de ce jour, accidents de métro-péritonite, à laquelle la malade succomba le 10, dans la nuit. L'autopsie ne put être faite.

(1) B. Brodie, *London medical Gazette*, t. XXVII, p. 810 et suiv.

(2) Locatelli, septembre 1848, *Gazzetta medica di Milano*, cité dans l'*Encyclographie belge*, 9e série, t. I, p. 288 (Bruxelles, 1848).

de la similitude des altérations anatomiques décrites dans cette observation et de celles qui ont été trouvées dans l'observation première de ce mémoire.

OBSERVATION VI. — *Imperforation congénitale du vagin oblitéré à la moitié de sa hauteur par une membrane de 2 lignes d'épaisseur. — A vingt ans, accidents revenant périodiquement chaque mois. — Tumeur abdominale. — Accès hystériformes. — Dépérissement. — A vingt-six ans, incision de la membrane oblitérant le vagin. — Évacuation de 180 à 210 grammes de sang noir coagulé, mêlé avec de la mucosité, pour laquelle on exerce des pressions sur la tumeur abdominale qui diminue des deux tiers de son volume. — Quelques heures après l'opération, début d'une péritonite mortelle au bout de deux jours. — Autopsie. — Dilatation de l'utérus et des trompes, notamment dilatation de la trompe gauche qui présente une déchirure d'où s'écoule du sang noir putréfié, semblable à celui qu'on trouve épanché dans la fosse iliaque correspondante, que M. Locatelli considère comme la cause de la péritonite.*

Une fille de vingt-six ans avait joui jusqu'à la vingtième année d'une bonne santé, quand, vers cette époque, elle fut prise de fortes douleurs s'étendant des reins à toute la partie antérieure et inférieure du ventre : elles revinrent dès lors périodiquement tous les mois, et disparaissaient après une durée de quatre à cinq jours; elles furent considérées pendant ces six années par un médecin à titre de congestion utérine suppléant les règles, qui n'avaient jamais paru. Cependant la malade, se voyant dépérir lentement, se soumit à un examen local qui fit *reconnaître l'occlusion du vagin à la moitié environ de sa hauteur* par une membrane. Le ventre offrait, au-dessus du pubis, une tumeur du volume à peu près d'une tête de fœtus, un peu sensible à la pression; le doigt, porté contre la membrane obturatrice du vagin, sentait le reflux d'une impulsion exercée sur la tumeur abdominale. Le pouls était faible et fréquent, et il survenait souvent des accès hystériformes.

L'évacuation du sang retenu étant le seul moyen de remédier à cet état et d'en prévenir l'aggravation, on incisa peu à peu la membrane avec un bistouri porté sur le doigt indicateur. Aussitôt il sortit un sang noir, coagulé, mêlé avec de la mucosité (180 à 210 grammes). Son issue fut favorisée par des pressions exercées sur la tumeur du ventre, laquelle diminua au point de perdre les deux tiers de son volume primitif.

Pendant l'opération, la malade n'accusa que quelques légères douleurs, et seulement pendant les pressions exercées sur le bas-ventre; mais, au bout de quelques heures, une vive sensibilité et l'exacerbation des convulsions, ainsi que le retour de la tuméfaction abdominale, annoncèrent l'invasion d'une péri-

tonite qui, malgré deux émissions sanguines, devint mortelle au bout de deux jours.

L'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, montra d'abord les traces évidentes d'une péritonite avec épanchement séro-purulent, surtout dans la région iliaque gauche, où ce fluide était mêlé d'une petite quantité de sang putréfié; l'utérus présentait au delà du volume du poing; les trompes de Fallope adhéraient fortement à la surface postérieure des ovaires, et étaient distendues de manière à offrir, *la gauche la grosseur d'un œuf de dinde, la droite celle d'une noix.* La première présentait en arrière une rupture d'où s'écoulait un sang noir à demi putréfié, *en tout semblable à celui trouvé dans la fosse iliaque gauche.*

La membrane par laquelle le vagin était obturé avait environ deux lignes d'épaisseur : l'utérus offrait une cavité beaucoup plus large que d'habitude.

Par une dissection plus attentive on constata que les trompes, dilatées comme nous l'avons dit tout à l'heure, étaient adhérentes par un tissu cellulaire lâche, à la face postérieure de l'ovaire; elles communiquaient avec la cavité utérine par un canal extrêmement ténu.

Ces deux tumeurs renfermaient un sang noir, liquide, semblable à celui évacué lors de l'incision. Celle de gauche contenait en outre, dans son intérieur, quatre ou cinq vésicules grosses comme un grain de millet, arrondies, à parois transparentes, et pleines d'un liquide couleur jaune-paille. Par leurs caractères anatomiques, elles paraissaient être autant d'ovules détachés de l'ovaire, qui avaient subi un commencement de développement, comme cela a lieu pour l'ovule fécondé, avant qu'il passe dans l'utérus.

Quant aux ovaires, leur surface était rendue très irrégulière par suite de plusieurs cicatrices d'ancienne et de récente formation. Ils renfermaient à l'intérieur beaucoup de vésicules de Graaf, plus ou moins développées et transparentes, et diverses taches, pareilles en tout aux corps jaunes ou *corpora lutea.* Il s'y trouvait aussi quelques autres vésicules plus grosses, pleines de sang, lesquelles étaient bien certainement des vésicules de Graaf, d'où l'ovule était sorti depuis peu de jours; présomption confirmée par cette circonstance qu'elles occupaient la partie périphérique de l'ovaire, et qu'elles correspondaient aux cicatrices les plus récentes qu'on remarquait sur la surface extérieure de ces organes.

Dans l'observation suivante de Munck, nous trouvons les mêmes désordres anatomiques amenés par la seule marche de la maladie, sans qu'aucune opération ait hâté la marche des accidents.

OBSERVATION VII (1). — *Oblitération du vagin par une cicatrice cartilagineuse de 1/2 à 1 pouce de longueur. — A dix-sept ans début des occidents, qui se reproduisent augmentant d'intensité de mois en mois. — Un mois avant la mort, tumeur hypogastrique. — Au mois suivant, affaissement de la tumeur; quelques heures après, début d'une péritonite mortelle le quatrième jour. — Utérus augmenté de volume, contenant du sang. — Trompes énormément distendues, pouvant admettre le petit doigt. — Fissure de la partie frangée de la trompe droite. — Épanchement du liquide menstruel dans le péritoine. — Oblitération cartilagineuse du vagin.*

Le mardi matin, 24 octobre 1847, je fus invité pour visiter R. S..., âgée de dix-huit ans, qui, à mon arrivée (environ une heure après), était évidemment *in articulo mortis*. Son pouls était à peine perceptible, mais extrêmement rapide; sa peau était couverte d'une sueur froide et visqueuse; il y avait du subdelirium; râle trachéal; facies hippocratique et des évacuations alvines continuelles. Elle mourut en peu d'heures.

En m'informant de l'histoire de la malade, j'appris qu'elle n'avait jamais été réglée; que, environ dix-huit mois auparavant, quand l'évolution des organes externes de la génération et des mamelles rendit probable la prompte apparition des règles, elle se plaignit de maux de tête, de douleurs dans le dos et dans les membres, de froid aux extrémités, d'une sensation de pesanteur dans la région pelvienne et de quelques douleurs expulsives.

Ces symptômes cessèrent au bout de peu de temps, mais ils revinrent au bout de cinq ou six semaines; ils cessèrent encore, et revinrent après un plus court intervalle. Cet état de choses continua trois ou quatre mois; les symptômes devinrent chaque fois plus rapprochés et plus intenses pendant que les intermissions devenaient plus courtes et moins parfaites, de sorte qu'à la fin il n'y eut plus d'intermission, mais seulement des exacerbations manifestes survenues toutes les quatre ou cinq semaines.

En janvier, la partie supérieure de l'abdomen commença à grossir, le bassin devint le siége d'une douleur tensive profondément placée; tous les symptômes s'aggravèrent, et des vomissements vinrent s'y ajouter de temps en temps. Cependant la malade se livrait encore à ses occupations habituelles et prit, par le conseil d'un praticien du voisinage, quelques remèdes, que je crois, d'après la description donnée, avoir consisté, en tout ou en partie, en préparations de fer.

Le 20 février, elle sentit, suivant son expression, quelque chose se déplacer en elle, et la tumeur de l'abdomen parut s'affaisser, de même que la douleur tensive et rongeante mentionnée plus haut. Le soir, elle se plaignit d'une

(1) Munck, *London medical Gazette*, t. XXVII, p. 867 et suiv.

douleur diffuse dans l'abdomen, douleur qui, le samedi, avait tellement augmenté, qu'il était impossible à la malade de supporter la plus légère pression. Il y avait un grande chaleur de la peau, de la céphalalgie, les genoux étaient fléchis sur l'abdomen ; il y avait quelques difficultés pour respirer, un état de contracture des traits, des nausées, des vomissements ; la miction était difficile et occasionnait des douleurs dans l'abdomen. On prescrivit un vésicatoire sur l'abdomen, et un purgatif salin.

Cet état continua jusqu'au lundi, où elle arriva graduellement à celui où je la trouvais le mardi matin.

Autopsie vingt-six heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, je fus surpris de trouver une grande quantité d'un liquide rouge sombre et épais (un peu semblable à du sang épanché depuis longtemps), situé dans la cavité péritonéale et pouvant être évalué à 12 ou 14 onces anglaises. Le péritoine, partout où il était en contact avec ce sang, était d'une couleur rougeâtre. Après avoir enlevé le liquide qui le recouvrait, on vit une évidente augmentation de vascularité, et dans quelques parties il était recouvert d'une mince couche de lymphe plastique. Je recherchai la source de ce liquide sanguiniforme, mais pendant longtemps sans résultat. L'utérus à la fin attira mon attention ; il était beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire, mais cependant souple. Après l'avoir ouvert, je trouvai 4 à 5 onces d'un liquide semblable à celui contenu dans la cavité de l'abdomen. Les trompes de Fallope étaient énormément distendues, à tel point que je pus facilement y passer le petit doigt. A l'extrémité frangée de la trompe droite qui était complétement fermée, il y avait une fissure d'environ 2 lignes, à bords déchiquetés, formant une libre communication entre la cavité de l'utérus et celle du péritoine, par laquelle le liquide en question était évidemment passé. La muqueuse utérine était un peu rougeâtre, ce qui provenait, j'imagine, de son contact avec le liquide contenu.

En poursuivant l'examen, je trouvai un obstacle au passage du doigt ou de la sonde à travers le vagin, il était produit par l'apposition des parois du canal et leur réunion par une cicatrice résistante. Cette cicatrice, longue de 1 1/2 à 2 pouces, était constituée par une substance dure et élastique qui ressemblait sous beaucoup de rapports à un cartilage ; je ne pus rien trouver qui ressemblât à un hymen.

Immédiatement après ces observations je placerai celle d'utérus double et de vagin double dans son tiers supérieur, publiée par M. Décès (1), qui nous offre un exemple infiniment remarquable d'imperforation de la moitié gauche de l'utérus et de l'ampoule va-

(1) Décès, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, juillet et août 1834, p. 222. Cette observation a été reproduite, avec une planche très défectueuse, par M. Fenerly (*Thèse inaugurale*, Paris, 1835, obs. x, p. 64).

ginale correspondante non fusionnées, qui a donné lieu à toute la série des accidents de la rétention menstruelle, de telle sorte qu'à l'autopsie existaient, mais unilatérales, les altérations anatomiques qui sont décrites dans les faits précédents.

OBSERVATION VIII. — *Début des accidents à quinze ans, au moment où la menstruation s'établit difficilement. — A chacune des menstruations suivantes, douleurs lombaires et hypogastriques très vives. — Manifestation d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche, qui augmente à chaque menstruation pendant les huit mois qui précèdent l'entrée de la malade à l'hôpital, où, malgré l'état de virginité qu'elle présente, on constate l'existence d'une tumeur rétro-latéro-utérine gauche. — Ponction exploratrice. — Péritonite mortelle. — A l'autopsie, épanchement de sang altéré dans le ventre, résultant de la rupture d'un kyste multiloculaire constitué en partie par le pavillon de la trompe gauche énormément dilatée. — Sang altéré dans cette trompe, dans l'utérus gauche et l'infundibulum vaginal attenant, qui est séparé du vagin droit par une cloison membraneuse présentant l'ouverture de la ponction. — Utérus et trompe droits sains. — Les deux ovaires gauche et droit étaient sains.*

La nommée X..., âgée de seize ans, lingère, est entrée à l'hôpital la Riboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 33, le 16 mai 1854. Cette malade, d'une forte constitution, tempérament sanguin, et ayant joui d'une excellente santé, est réglée depuis un an environ. Toutefois la menstruation s'est difficilement établie, et à chaque époque la malade ressent des douleurs très vives dans les lombes, ainsi qu'au niveau de la symphyse des pubis, en même temps qu'une sensation de chaleur très incommode vers l'utérus; les règles sont très peu abondantes, et ne durent en général qu'un jour et demi à deux jours. Il y a huit mois la malade s'est aperçue qu'une tumeur dure et légèrement mobile se développait dans la région iliaque gauche : son accroissement a été continuel jusqu'à ce jour, mais très lent. A l'époque des règles, la tumeur devient turgescente et douloureuse; la douleur disparaît après la menstruation, la tuméfaction diminue aussi; mais après chaque époque la malade a remarqué que la tumeur conservait un volume plus considérable que pendant le mois précédent. Elle a été traitée chez elle, par un médecin, pour une affection squirrheuse.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente les attributs de la santé la plus florissante. Les fonctions digestives s'exécutent bien; il y a cependant une constipation assez tenace depuis quelques mois. Bruit de souffle léger dans les carotides, intermittent; pas de souffle cardiaque. Le ventre est bien conformé; c'est à peine si l'on remarque une légère élévation du côté gauche où se

trouve la tumeur; celle-ci paraît du volume du poing d'un adulte robuste; on la sent immédiatement à travers les parois abdominales, qu'elle repousse un peu. La forme est triangulaire, à angles arrondis; un de ses côtés, l'interne, est placé à environ 2 centimètres de la ligne blanche; le côté supérieur arrive presque à l'épine iliaque gauche, et la base semble se confondre avec le ligament de Poupart. La tumeur est dure, comme fibreuse, très légèrement bosselée; en pressant les téguments, on l'enfonce dans le bassin, surtout par sa partie supérieure, la base restant toujours comme confondue avec l'arcade crurale. La pression en masse est indolente; la pression circonscrite est tantôt indolore, tantôt douloureuse. Parfois aussi la malade ressent des douleurs lancinantes. La malade, étant vierge, n'a pas été touchée par le vagin; mais en introduisant le doigt dans le rectum, on sent en avant une tumeur dure, à peu près indolore, se prolongeant supérieurement au delà des limites que le doigt peut atteindre, et se terminant en bas à une petite distance de l'anus. Cette tumeur donne au toucher la même sensation que donnerait un utérus augmenté de volume.

Le 29 mai, la fluctuation est perçue à travers les parois abdominales.

Le 10 juin, la malade n'a point ses règles, quoiqu'il y ait quelques phénomènes de congestion utérine depuis deux jours.

Le 14, quatre sangsues sont appliquées à la partie interne et supérieure des cuisses; cependant la menstruation ne s'établit que le 21; elle dure deux jours et est peu abondante comme de coutume.

Le 26, la malade est touchée par le vagin, et, au moyen d'un trocart explorateur, une ponction est pratiquée par le vagin dans la partie inférieure de la tumeur. Immédiatement après la ponction, il ne s'écoule rien, quoique la canule du trocart ait été retirée remplie d'une substance épaisse, de couleur chocolat, ayant toute l'apparence de sang décomposé; la consistance est celle d'un sirop concentré. Pendant la journée, il s'écoule un liquide de même nature, tout à fait semblable à celui qui se trouvait dans la canule du trocart. Ce liquide est assez abondant pour salir plusieurs alèzes; l'odeur est fétide; le soir, la malade est prise de frissons : fièvre, 120 pulsations, quelques vomissements. (Glace, vingt sangsues sur l'abdomen, cataplasmes laudanisés.)

Le 27, même état; la malade a un peu de délire; abdomen légèrement tendu, très douloureux; vomissements verdâtres; vingt sangsues; il s'écoule toujours par la ponction le même liquide que la veille.

Le 28, même état, 130 pulsations, miction difficile; la malade a besoin d'être sondée; écoulement semblable par la ponction; frictions avec l'onguent napolitain et extrait de belladone.

Le 29, fièvre ardente, 145 pulsations; la malade s'est jetée à bas de son lit; les vomissements persistent; à la matière verdâtre se joignent quelques stries sanguines; le ventre est très douloureux, le poids de la couverture suffit pour déterminer de la douleur; le ballonnement n'est pas très considérable; la ma-

lade ne peut plus uriner sans le secours de la sonde. Vingt sangsues sur l'abdomen; frictions avec la pommade belladonée. Il s'écoule toujours par la vulve un peu de cette matière fétide couleur chocolat. Dans la journée, l'état de la malade empire; elle se refroidit, et meurt le 30, à quatre heures du matin.

Autopsie, le 1er juillet. — Le cadavre n'est nullement émacié. A l'ouverture de l'abdomen, on trouvé épanchés, dans la cavité abdominale, environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui qui, pendant la vie, s'écoulait par l'ouverture de la ponction, mais moins épais. Ce liquide provient d'une poche située dans le flanc gauche, dont le volume ne peut plus être apprécié au juste. Les parois du kyste sont molles, peu épaisses, de couleur d'un bleu noirâtre; on y voit une déchirure de 1 centimètre et demi. Ce kyste est divisé en plusieurs poches qui communiquent les unes avec les autres, séparées par des cloisons plus ou moins complètes, toutes peu épaisses. La consistance des parois du kyste est à peu près celle du placenta. Il contient encore un peu de liquide, l'odeur en est très fétide.

A peine quelques traces de péritonite; l'épiploon offre un aspect normal, il est chargé de graisse; point de pus, point de fausses membranes, point d'adhérences des circonvolutions intestinales. Les intestins sont modérément distendus, leur tunique séreuse a un aspect un peu louche. La muqueuse stomacale présente quelques ecchymoses.

Les organes qui occupent le bassin étant enlevés, voici ce que l'on constate :

Le vagin, fendu suivant toute sa longueur, présente un aspect normal. A sa partie supérieure et gauche se trouve l'ouverture faite par le trocart explorateur, ouverture qui semble s'être un peu agrandie. L'utérus est plus petit qu'à l'état normal; sa couleur et sa consistance n'ont rien de particulier. A droite, se trouvent la trompe et l'ovaire; mais à gauche il est recouvert par le péritoine jusque près du col, sans aucune trace de trompe ni d'ovaire. Le péritoine se réfléchit de là en avant sur la vessie, et à gauche sur un second utérus avec lequel il n'a d'autre communication qu'une continuité de tissu.

Ce second utérus, plus volumineux, est situé à gauche du premier, entre la vessie en avant et le rectum en arrière; sa forme est celle de l'utérus normal; son grand axe est dirigé de haut en bas et de debors en dedans. Fendu dans sa longueur, il présente le même liquide que le kyste, mais en très petite quantité : le côté droit du corps est complétement recouvert par le péritoine. On n'y voit ni solution de continuité, ni trace de trompe ou d'ovaire. A la réunion du bord supérieur au bord gauche se trouve une ouverture ronde, en tout semblable à l'ouverture élargie d'une trompe. En insufflant de l'air par ce conduit, on voit de l'air arriver dans le kyste dont nous avons parlé, à travers un conduit dont l'aspect ne diffère pas de celui de la trompe du côté opposé. Seulement ce conduit, en arrivant au kyste, s'élargit en entonnoir; ses parois deviennent plus épaisses près de l'endroit où, prenant tout à coup un développement plus considérable, il formait cette poche dont nous avons

parlé ; poche qui semble constituée par le pavillon de la trompe et qui a contracté des adhérences nombreuses et anciennes avec les organes environnants, et notamment avec le rectum. Au-dessus et en dedans du kyste se trouve un petit corps blanchâtre, ovoïde, qui présente les caractères de l'ovaire.

En bas, l'utérus s'ouvre par un col plus large et moins haut qu'à l'état normal, dans un vagin très dilaté, vagin qui se termine en cul-de-sac un peu au-dessous du point où a été pratiquée la ponction exploratrice. Le vagin est en rapport en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, et à droite avec le vagin droit, derrière lequel il se prolonge encore. Du reste, en aucun point l'utérus et le vagin droits ne communiquent avec l'utérus et le vagin gauches. Les cavités en sont distinctes et indépendantes. Tandis que les règles s'écoulaient normalement par l'utérus et le vagin droits, il s'accumulait dans l'utérus et le vagin gauches un sang qui s'altérait et formait le liquide dont nous avons parlé. Une tranche du second utérus, examinée au microscope, présente l'aspect du tissu utérin ; on y voit des fibres musculaires ; le col offre à l'intérieur un arbre de vie peu marqué, mais perceptible ; la saillie de ce col dans son vagin est peu considérable.

Voici les dimensions des deux utérus et de leurs annexes :

Utérus droit.		*Utérus gauche.*	
Longueur du col	0,04	Largeur du col	0,03
— du corps	0,06	— du corps	0,075
Largeur du corps (partie moyenne)	0,035	— du corps (partie moyenne)	0,075
Circonférence du corps (partie moy.)	0,01	Circonférence	0,155
		Épaisseur de la paroi du corps	0,01
Vagin droit.		*Vagin gauche.*	
Hauteur	0,11	Hauteur	0,08
Circonférence au-dessus de l'hymen	0,09		
— (partie moyenne)	0,095		
— (près du col de l'utérus)	0,07		
Trompe droite.		*Trompe gauche.*	
Longueur depuis son insertion à l'utérus jusqu'à l'extrémité du pavillon	0,12	Longueur depuis son insertion à l'utérus jusqu'à l'endroit où elle s'élargit en kyste	0,10
Ovaire droit.			
Grand axe	0,05		
Petit axe	0,03		

Au lieu d'ajouter des réflexions à cette observation éminemment curieuse, je renverrai au rapport dont elle a été l'objet à la Société anatomique, où elle a été présentée avec les pièces à l'appui (1). Je

(1) Coupil, *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 227.

me contenterai seulement de faire remarquer que ce fait qu'on a réuni à tant d'autres fort dissemblables les uns des autres pour faire une maladie de l'hématocèle qui, dans tous les cas, n'est qu'une affection symptomatique, un symptôme d'une foule d'états morbides fort divers, ne se prête guère, ainsi que tous les précédents, à l'interprétation unique qu'on a voulu donner de ces faits en les considérant tous indistinctement comme le résultat d'une déviation de l'ovule fécondé ou non fécondé (1). Je me borne à cette seule réflexion, parce que j'aurai, dans le mémoire suivant, consacré à l'étude des différentes variétés de l'hématocèle, à développer l'opinion que je viens d'émettre, c'est-à-dire que l'affection appelée hématocèle rétro-, péri-, circum-utérine, l'hématocèle féminine enfin, est toujours symptomatique, et qu'au lieu d'en faire une maladie, il faut dans tous les cas remonter à l'état morbide dont cette hémorrhagie n'est qu'une manifestation.

Ceci dit, pour n'avoir pas à y revenir, j'arrive à la quatrième variété de ma première espèce et bien lentement; mais ce n'est pas ma faute si depuis le malheureux engouement pour le microscope on lit si peu, et, partant, si, au lieu de me contenter d'indications qui ne seraient pas consultées, je suis obligé à chaque page de transcrire des observations que je ne devrais que citer. L'imperforation du col utérin se rencontre, tantôt associée à un des vices de conformation précédents, comme dans les observations rapportées plus haut de Delpech (2), de M. Debrou (3), et dans celle de Wuillaume, que je placerai en note (4); tantôt au contraire elle est le seul

(1) Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 292.

(2) Voyez p. 31 de ce mémoire.

(3) Voyez p. 46 de ce mémoire, en note.

(4) Wuillaume, *Gazette médicale*, 1835, p. 820. — *Imperforation congénitale déterminée par la concrétation fibreuse des trois quarts inférieurs du vagin. — Imperforation du col utérin. — Rétention menstruelle. — Opération suivie de succès.*

Au mois de mars 1823, dit M. Willaume, je fus appelé dans le grand-duché de Luxembourg pour voir une demoiselle réduite à toute extrémité, me disait-on, par un défaut de menstruation provenant de l'occlusion du vagin. Voici ce que m'offrit l'examen des parties sexuelles. Conformation régulière de celles des parties qui sont extérieures et du bassin; intervalle ordinaire entre le méat urinaire et la commissure postérieure, où l'on voit la membrane hymen; mais nulle trace de l'ouverture vaginale. Au moyen d'une sonde de femme introduite dans la vessie, et d'un doigt porté dans le rectum, je sens entre eux deux une assez grande épaisseur de tissu cellulaire dense, mais rien qui puisse donner l'idée de l'existence d'un conduit libre, encore moins distendu. Il existe entre l'utérus et le rectum un certain espace qui permet d'y cheminer avec l'espérance de n'intéresser aucun d'eux; la matrice, distendue, se fait sentir au doigt, dans le dernier de ces con-

obstacle à l'excrétion menstruelle. Cette imperforation résulte de dispositions anatomiques qui peuvent être un peu différentes : tantôt le vice de conformation consiste dans un diaphragme constitué seulement par la membrane muqueuse (observations de Delpech), tantôt dans une coarctation fibreuse (observation de M. Debrou et de Wuillaume), tantôt enfin il consiste dans l'absence d'une partie du col, comme dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION IX (1). — *Imperforation congénitale complète de l'utérus, avec absence totale du col. — Rétention des règles depuis dix-sept ans, guérie par une ouverture pratiquée au corps de la matrice et entretenue pendant deux mois. Pendant tout ce temps, écoulement sanguin qui, à deux reprises différentes, présente des caractères nouveaux indiquant le travail menstruel.*

Une femme, âgée de trente-deux ans, mariée depuis dix ans, n'avait jamais eu ses règles; seulement de quinze à seize ans, elle avait commencé à éprou-

---

duits, dure et rénitente. Après avoir vidé la vessie et donné la sonde à tenir à un aide, un autre aide place son doigt huilé dans le rectum. Écartant les grandes lèvres de la main gauche et tendant moi-même cet espace, je fais à la partie moyenne, au bas de la vulve que j'ai mise à découvert par une incision verticale de la membrane hymen, et de la pointe du bistouri, une incision transversale par rapport à l'axe du corps, et de 8 à 10 lignes d'étendue ; j'en augmente à petits coups la profondeur ; j'avance avec précaution, et l'attention m'éloigne également des deux conduits entre lesquels je fais un chemin, en ayant soin d'explorer de temps en temps avec le bout du doigt indicateur gauche. J'arrive enfin dans un espace libre ; je retire le doigt et m'attends à voir le sang retenu s'écouler ; rien ne s'écoule. J'introduis de nouveau l'index de la main gauche dans la plaie, et de son extrémité je touche très distinctement une surface étendue lisse, rénitente, convexe comme une portion de sphère, que je reconnais pour le côté droit du corps de l'utérus, et dont le col échappe à mes recherches. Je portai de nouveau, jusque sur le centre de la surface saillante et convexe que j'avais reconnue, l'indicateur de la main gauche ; je glissai sur lui et à plat un pharyngotome, avec lequel je fis dans ce point une large ponction avec une plaie transversale pénétrant dans la cavité de l'organe. Un sang épais, gluant, sans odeur, assez semblable à de la lie de vin, s'écoula aussitôt par la plaie extérieure en assez grande quantité d'abord. Dans l'après-midi, après deux bains, on introduisit un long bourdonnet de charpie liée dans la plaie, non sans causer beaucoup de douleurs, mais il était essentiel d'en prévenir la réunion. (20 sangsues, cataplasmes, lavements, diète ; quelques gorgées de boisson rafraîchissante.)

Divers accidents, occasionnés par l'opération et par des vers lombrics, ont été combattus efficacement, et au bout d'un mois la malade était guérie. Il y a aujourd'hui deux ans et demi (1825) que cette opération lui a été pratiquée. Elle continue à se bien porter, quoique sujette à une leucorrhée incommode et fatigante. Le canal s'est un peu rétréci, et l'on ne peut vaincre sa répugnance à introduire de temps en temps une canule ou tout autre corps dilatant, pour empêcher la coarctation progressive qui est à redouter.

(1) Hervez de Chégoin, *Académie de médecine*, séance du 24 novembre 1829 (extrait *Arch. génér. de médecine*, 1re série, t. XXI, p. 610).

ver dans la matrice des *douleurs qui, depuis, s'étaient renouvelées chaque mois et avaient fini par devenir atroces.*

Au 23 septembre dernier, l'examen de cette femme fit voir que les parties génitales externes étaient bien conformées; seulement le vagin n'avait que 3 pouces de hauteur; mais l'utérus était imperforé et tout le col de cet organe paraissait manquer. Le ventre était sensible, tuméfié, et offrait du côté gauche une tumeur qui s'étendait depuis le fond du bassin jusqu'au-dessus de la crête iliaque du même côté. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, se montrait fluctuante quand on la pressait entre deux doigts introduits, l'un dans le vagin et l'autre dans le rectum. M. Hervez, jugeant qu'elle était due à la rétention du sang des règles dans la matrice, se décida aussitôt à y plonger un trocart par le vagin, ayant soin de ne pas blesser les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, qui faisaient saillie au-devant et autour d'elle. Il dirigea l'instrument de bas en haut, de droite à gauche dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, et l'enfonça d'un pouce; ayant retiré le poinçon, il enfonça un peu plus la canule, et au bout de quinze à vingt secondes, il vit apparaître une goutte d'un liquide roux et filant. Voulant attendre patiemment l'issue lente et spontanée du liquide, une petite bougie introduite dans la canule servit à substituer à celle-ci une sonde de gomme élastique plus grosse. Six heures après l'opération, il ne s'était guère écoulé encore que 4 onces de sang, et cependant la tumeur s'était beaucoup affaissée. Le lendemain, des douleurs vives dans la matrice engagèrent à saigner la malade et à retirer la sonde; celle-ci fut replacée le troisième jour, et par son moyen on pratiqua des injections dans l'utérus. Ces injections furent continuées les jours suivants, mais à l'aide d'une sonde de femme qu'on substitua à la sonde de gomme élastique, et qu'on laissa à demeure dans la plaie de l'utérus pendant près de deux mois. Alors la malade la dérangea dans un mouvement : M. Hervez ne put la replacer dans les premiers instants; mais l'ayant laissée au point où elle avait pénétré, au bout de trois jours il parvint à la remettre complétement. Depuis deux mois que l'opération est faite, la malade a repris de l'embonpoint, de la gaieté et a cessé de souffrir; la matrice n'est plus sentie au-dessus du pubis, et, à travers le rectum, ne paraît pas plus grosse qu'à l'ordinaire; quand on l'explore avec le spéculum, on n'y voit aucune trace de col, mais seulement un enfoncement entouré d'un bord très rouge : c'est l'endroit de l'incision. *Deux fois depuis deux mois le sang* qui a coulé s'est montré plus rouge, ce qui a fait penser à M. Hervez qu'il y avait alors menstruation. Ce médecin appelle l'attention sur la très petite quantité de sang qui a coulé, eu égard au gros volume de la tumeur et à la promptitude avec laquelle cette tumeur s'est dissipée.

OBSERVATION X (1). — *Début des accidents à l'âge de seize ans.— Tumeur hypogastrique qui augmente par saccades de mois en mois pendant huit à dix jours, où elle est le siége de douleurs très vives. — Absence d'une partie du col utérin imperforé.— A vingt-deux ans, ponction de l'utérus qui donne écoulement à une pinte et demie de sang altéré, qui réduit de moitié le volume de la tumeur. — Écoulement continu de sang altéré pendant quatorze jours, suivi d'une diminution de la tumeur réduite au quart de son volume primitif.—Après deux menstruations assez régulières, l'utérus est ramené au volume que présente l'utérus trois mois après un accouchement.*

Marguerite G..., âgée de vingt-deux ans, d'une taille élevée, assez fortement constituée, mais fort amaigrie depuis six ans, nous fut présentée par sa mère. Elle avait joui d'une bonne santé pendant toute son enfance; elle avait des forces musculaires, de la fraîcheur, de la gaieté.

A seize ans, elle éprouva des coliques qui acquirent peu à peu une grande intensité; elle pâlit, maigrit, devint triste; elle perdit le sommeil et l'appétit. Deux fois, dans l'espace d'un an, les douleurs de l'abdomen, qui commençaient toujours par l'hypogastre, acquirent une telle intensité, qu'elles mirent ses jours en danger : elles provoquèrent une fièvre violente, du délire, et ne furent calmées que par des saignées abondantes.

Cependant le ventre augmentait de volume : cet incident suscita à la jeune fille d'injustes défiances qui aggravèrent sa situation. Il survint alors des accès d'hystérie qui devinrent fréquents et convulsifs. C'est principalement pour ces symptômes que les parents de la jeune fille demandèrent des conseils.

La malade était pâle, maigre, triste et très affaiblie; le pouls était fréquent et vif; la température du corps élevée, la langue rouge et peu humide; la malade avait de la soif. Le volume des glandes mammaires contrastait avec la maigreur de tout le reste du corps : ces organes étaient même douloureux au toucher.

A l'hypogastre était une tumeur sphéroïde, mobile, douloureuse au toucher, gênant même la marche, s'élevant jusqu'au niveau de la cicatrice ombilicale, pesant sur la ligne blanche dans l'attitude debout, et dont l'origine sensible remontait à cinq ans. La sensibilité de cette masse s'accroissait tous les mois, et devenait alors de véritables douleurs qui duraient huit à dix jours, qui retenaient la malade au lit pendant ce même temps auquel correspondait aussi le retour des accès hystériques. On croyait avoir remarqué que l'accroissement de la tumeur se faisait principalement dans ces mêmes époques;

(1) Delpech, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 147. Gabon, éditeur. Paris, 1830.

au moins l'état de la jeune malade s'aggravait-il manifestement à chacune d'elles.

Le volume de la tumeur gênait souvent l'émission de l'urine; plus souvent elle donnait le sentiment illusoire d'un besoin nouveau déjà satisfait. La vulve, bien conformée, était étroite; le fond du vagin l'était beaucoup moins; on y sentait une saillie assez régulière, formée manifestement par une partie des contours de la tumeur hypogastrique. On déplaçait aisément sa totalité, et avec elle la portion saillante au fond du vagin. On la sentait aussi à travers la partie antérieure du rectum. Là, au fond du vagin, aussi bien qu'à l'hypogastre, on y distinguait, avec un peu d'attention, une fluctuation manifeste.

La jeune personne n'avait jamais été réglée, et pourtant elle présentait tous les attributs de son sexe d'une façon manifeste : il était difficile de ne pas considérer la tumeur hypogastrique comme formée par l'utérus distendu par du sang menstruel; mais il n'existait aucune trace du col utérin ni du museau de tanche. Il était probable que l'organisation propre à l'orifice de l'utérus manquait. Il était aussi plus que probable que l'accumulation du produit de l'exhalation sanguine menstruelle avait donné lieu à un état morbide de la matrice, qu'il devait être impossible de faire cesser tant que la cause subsisterait : il s'aggravait évidemment de jour en jour, et nous ne fûmes pas étonnés de le voir résister à une saignée, des bains, des injections, etc., moyens qui avaient souvent soulagé la malade dans les recrudescences de métrite qui se montraient presque tous les mois, mais qui n'avaient jamais eu d'utilité dans ses souffrances habituelles. Nous nous vîmes donc contraints de procéder à l'évacuation de la collection qui distendait la matrice, sans pouvoir combattre préliminairement la complication évidente de métrite subaiguë, et malgré les dangers qu'elle pouvait entraîner.

Nous employâmes un trocart de 7 pouces de longueur, courbé, et dont la canule était percée de trous latéraux. La malade ayant été placée comme pour l'opération de la taille, nous fîmes comprimer par un aide la tumeur hypogastrique, tant pour la faire descendre que pour la fixer. Nous introduisîmes jusqu'au fond du vagin les doigts index et médius, de manière à saisir la partie saillante de la tumeur; nous glissâmes la canule d'abord, puis le trocart, entre les deux doigts ainsi placés, et nous obtînmes bientôt l'écoulement d'une pinte et demie d'une matière brune, inodore, d'une densité huileuse, dont l'évacuation rapide réduisit à moitié le volume de la tumeur abdominale.

La canule retirée, et la malade placée dans son lit, l'écoulement continua d'une manière lente, au grand soulagement de l'opérée. Nous étions dans la défiance, principalement à cause de l'état morbide de la matrice; et nous avions prescrit un régime sévère et une surveillance active. Cependant le quatrième jour l'écoulement de matière brune avait cessé; il était remplacé par un suintement muqueux médiocre; le volume de la tumeur abdominale était réduit au quart de ce qu'elle avait été : nous fûmes étonnés de la résistance

qu'elle présentait, mais elle n'offrait aucune inégalité, et sa pression avait presque cessé d'être douloureuse. Les glandes mammaires avaient perdu l'éréthisme dont elles étaient affectées. On mit la malade à un régime fortifiant.

Vingt jours après, les règles arrivèrent abondamment et durèrent six jours. Il survint encore quelques douleurs hypogastriques, et même un accès d'hystérie : l'ouverture du trocart n'ayant rien perdu de ses dimensions, la tumeur hypogastrique ne cessa de décroître : un mois plus tard, les règles revinrent sans accidents, et la matrice n'était guère plus volumineuse qu'elle l'est ordinairement trois mois après une parturition.

Ce qui frappe, dans tous les faits que je viens de rapporter, c'est le temps infiniment long pendant lequel les femmes ont joui d'une santé encore assez supportable après l'établissement de la sécrétion menstruelle, qui cependant ne pouvait se produire au dehors, et la bénignité des accidents qu'elles éprouvaient, comparée à l'intensité de ceux qui se manifestent tout d'abord, lorsque le défaut d'excrétion survient postérieurement à l'établissement du flux cataménial. Cette différence, qui semble tenir à une contractilité moindre de l'utérus congénitalement imperforé, qu'elle soit ainsi explicable ou non, existe, et ne peut être attribuée ni au siége ni à la nature de l'oblitération; car nous la trouvons dans des rétentions menstruelles dissemblables, et dans d'autres, au contraire, identiques, sauf l'époque de formation de la coarctation fibreuse, dite congénitale dans un cas, consécutive à l'accouchement ou à une opération dans l'autre. Ce qui frappe ensuite, c'est la gravité d'opérations en apparence aussi simples que l'incision de la membrane hymen par exemple, ou la ponction d'un diaphragme muqueux qui d'une lèvre du col se continue à l'autre, et l'identité dans le plus grand nombre des cas, quel que soit d'ailleurs le vice de conformation, des accidents qui entraînent la mort, et qui sont ceux mêmes que l'opération avait pour but de conjurer, c'est-à-dire l'épanchement dans le péritoine du sang contenu dans les trompes distendues. Ce résultat presque immédiatement funeste de l'opération, malheureusement trop fréquent, d'abord inexplicable, se comprend facilement quand on réfléchit que l'opération met en action la contractilité de l'utérus, et que cette contractilité, au lieu de cesser après l'expulsion brusque de la plus grande partie du liquide qui le distendait, persiste et vient alors forcer le sang contenu dans les trompes à faire effort contre les parois du

kyste pseudo-membraneux interposé à la trompe et à l'ovaire, qui alors cède trop souvent et donne lieu à l'épanchement. Aussi est-ce une très grave question que le moment opportun pour ces opérations et la détermination du procédé qui doit avant tout sauvegarder, autant que faire se pourra, de l'épanchement intrapéritonéal presque immédiat qui a eu lieu dans le plus grand nombre des observations que nous avons rapportées. Mais nous aurons, dans le traitement, à revenir sur ce fait, qui domine la thérapeutique non-seulement de la première espèce, mais aussi de la seconde que j'ai à exposer.

§ 2. — Les faits qui composent cette seconde espèce, beaucoup moins nombreux que ceux de la première, avec lesquels ils ont été confondus, diffèrent de ceux de celle-ci en ce que l'oblitération, postérieure à la puberté, a été précédée de menstruations régulières plus ou moins nombreuses, et surtout en ce que les accidents des rétentions qui surviennent après l'établissement du flux sont, comme je viens de le dire, beaucoup plus graves que dans les imperforations congénitales. Comme celles-ci, les cicatrices vicieuses postérieures à la puberté peuvent occuper différents points du canal vulvo-utérin, et pourraient par conséquent être partagées en autant de variétés que la première espèce ; je ne l'ai pas fait, parce que je n'ai pas cru que la disjonction des quelques observations que j'ai pu rassembler ait un intérêt pratique, lorsque surtout cette différence de siége n'imprime de dissemblances qu'aux signes fournis par l'examen de la tumeur vaginale, en particulier à ceux que fournit le toucher. Il m'a semblé qu'il était facile de m'affranchir de ces divisions stériles, en indiquant par anticipation les différences que présente le toucher, lorsque la cicatrice occupe soit le vagin, soit le vagin et une partie latérale du col, soit uniquement l'orifice utérin. Dans les deux derniers cas, le toucher permet de reconnaître au fond du vagin élargi le col augmenté de volume ; mais dans le dernier cas il est libre de toutes parts et rendu simplement imperméable par une cicatrice que le doigt constate et que le spéculum fait reconnaître de la manière la plus certaine ; dans l'autre cas au contraire, le col, incliné, est latéralement accolé à la paroi vaginale, à laquelle il est soudé par une cicatrice plus ou moins étendue, comme dans l'observation placée en note (1). Dans ces circonstances, on

(1) Obs. de J. P. Frank, t. II, p. 259, édit. franç. de Double, 1842. — *Adhérence du col à*

n'éprouve pas, à proprement parler, de difficultés, du moins si j'en juge par un fait de cicatrisation latérale gauche du col que j'ai observé en 1848 avec M. Piédagnel; elle avait succédé à des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, donnait lieu à des douleurs dysménorrhéiques très violentes, mais n'entravait pas d'une manière complète l'excrétion. Il n'en est plus de même lorsque la cicatrice est vaginale, comme dans l'observation rapportée plus loin, d'une malade placée dans le service de mon collègue et ami M. Gueneau de Mussy, qui me l'a fait examiner. Dans ce cas, la difficulté résulte de ce que le doigt introduit dans le vagin rencontre, à une hauteur variable, une tumeur d'un aspect singulier, dont les caractères simulent ceux de la tumeur rétro-utérine de l'hématocèle, mais qui diffère de celle-ci en ce qu'on ne trouve pas d'infundibulum au fond duquel on puisse arriver au col utérin, et en ce qu'au lieu de cet organe, on sent, sur un point indéterminé, un petit noyau induré qui s'enfonce au milieu de plis radiés plus ou moins marqués. Aussi je dois avouer que le spéculum qui, dans le plus grand nombre des affections utérines, n'est qu'une exploration accessoire, est dans ces cas d'absolue nécessité, pour bien constater la cicatrice et les dispositions qu'elle présente. Les cicatrices vicieuses peuvent, dit-on, succéder à des ulcérations de natures très diverses. Je l'admets volontiers, mais je dois dire cependant que dans les observations il n'y a pas une aussi grande multiplicité que celle qu'on a indiquée théoriquement, ainsi qu'on peut en juger par les cinq faits, contenant des détails sur les circonstances qui ont précédé l'oblitération, que je vais rapporter et qui sont les seuls que je connaisse; je ne dis pas les seuls qui existent, parce que je n'ai pas si grande prétention à l'érudition. Dans la première de ces observations, la cicatrice vicieuse a succédé, comme dans le fait que j'ai indiqué tout à l'heure, à des

---

la paroi gauche du vagin. — Rétention des règles. — Opération suivie d'une guérison temporaire. — Deuxième opération.

Une fille de vingt ans fut reçue, en 1799, à l'hôpital de Vienne; elle portait un ventre volumineux, et elle était en proie à des douleurs atroces, accompagnées de convulsions. Un habile chirurgien reconnut que l'orifice de l'utérus avait contracté adhérence avec le vagin du côté gauche : il le détacha d'un coup de bistouri, et bientôt il s'échappa environ 8 livres de sang qui n'offrait aucun signe de putréfaction. Les accidents se dissipèrent, et pendant deux mois les menstrues coulèrent aux époques fixées par la nature. Au bout de quelques mois, l'adhérence s'était renouvelée ; la rétention reparut : il fallut recourir à une seconde opération dont nous n'avons pas su le résultat.

cautérisations, qui cette fois ont eu une conséquence bien plus grave, comme on peut le voir en lisant cette observation; aussi doit-elle engager à ne pas employer sans raisons suffisantes un moyen thérapeutique dont on fait un si déplorable abus.

OBSERVATION XI (1). — *Occlusion du col de l'utérus (orifice vaginal) par suite de cautérisations. — Accidents de rétention menstruelle. — Guérison par l'hystérotomie vaginale.*

. . . . . Une jeune dame, affectée d'une métrite avec une ulcération granuleuse du col, qui s'étendait jusque dans la cavité de celui-ci, fut cautérisée avec le nitrate acide de mercure et la pâte de Vienne solidifiée. Tout alla bien jusqu'à l'époque menstruelle suivante, où la malade fut prise de violentes douleurs dans le ventre, avec pesanteur, sentiments de distension et de sensibilité à la région hypogastrique, envies fréquentes d'uriner. Les règles étaient en retard de six ou sept jours, lorsque M. Williams fut appelé. Le spéculum montra le col parfaitement normal, à part la congestion qui lui est propre à l'époque cataméniale; seulement les lèvres de l'orifice étaient très étroitement appliquées l'une contre l'autre, au point qu'une petite spatule ne put les séparer. La paroi antérieure de l'utérus donnait sous le doigt une sensation obscure de fluctuation; le col était distendu dans le vagin et comme allongé. Les symptômes exigeaient qu'on ouvrît immédiatement une voie au sang qui s'accumulait dans la cavité utérine : c'est ce que fit M. Williams avec un bistouri long et étroit : il sortit environ une once de sang noirâtre, granuleux. On mit d'abord une mèche de coton que l'on remplaça le lendemain par une éponge-tente de M. Simpson; les bords de l'orifice furent légèrement cautérisés avec le nitrate d'argent. Le flux menstruel continua à couler normalement, cette fois et aux deux époques suivantes.

Je n'ai pas à discuter si dans ce cas des cautérisations, et surtout des cautérisations aussi énergiques, étaient indiquées ou non, mais à faire remarquer seulement le triste résultat qui en a été la conséquence. Je rapprocherai de ce fait une observation dans laquelle la mort a été la conséquence éloignée de l'amputation du col dont la cicatrice vicieuse, après avoir entravé pendant un certain temps l'excrétion cataméniale, a rendu ensuite l'excrétion impossible et a amené l'épanchement dans la cavité péritonéale du sang menstruel.

---

(1) *London medical Gazette* et *Ranking's half-yearly Abstract.*, 1850 (*Bulletin de thérap.*, 1850, p. 329).

OBSERVATION XII (1).— *Amputation du col utérin.— Cicatrisation rapide. —Quarante jours après l'opération, menstruation régulière, bien qu'il soit impossible dès cette époque de trouver l'orifice utérin.— Trois ans après l'opération, la menstruation devient difficile et fort douloureuse. — Dans l'année suivante, suppression des règles immédiatement suivie d'une péritonite intense accompagnée d'un engorgement de la fosse iliaque droite. — Amendement, mais suppression persistante du flux menstruel. — Trois mois après, retour de douleurs péritonéales. — Consomption. — Diarrhée colliquative qui entraîne la mort huit à neuf mois après le début de la péritonite. — Oblitération de l'utérus par une cicatrice inodulaire complétement imperméable. — Tumeur de la fosse iliaque droite contenant du sang altéré qui, par ses caractères, simule de la matière tuberculeuse ramollie.*

Madame Zélie Trej..., demeurant à Paris, rue Labourdonnaie, n° 9, âgée de trente ans, avait beaucoup souffert dans le travail de la première menstruation. Mariée à quinze ans et demi, elle devint presque immédiatement enceinte; nul accident ne vint troubler sa grossesse qui se termina très heureusement. Cependant, à dater de son accouchement, des accidents se manifestent vers l'utérus et se révèlent par des douleurs au col de cet organe, par une menstruation irrégulière et des pertes blanches, parfois très abondantes; l'approche sexuelle est pénible et même suivie de souffrances. Quelques années se passèrent ainsi sans plus de gravité dans les accidents; puis tout à coup des douleurs plus vives sont suivies de pertes blanches âcres et de métrorrhagies. La malade consulte alors un des praticiens qui se sont le plus occupés des maladies de l'utérus.

Au premier examen, il trouva le col gros, tuméfié et renfermant, à sa partie moyenne, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. L'ablation du col, jugée indispensable, fut pratiquée quelques jours après, en présence de MM. Lisfranc et Avenel (de Rouen). L'opérateur, se bornant à saisir la tumeur à l'aide de pinces de Museux, sans chercher à abaisser l'utérus, en fit l'ablation au fond du vagin, avec des ciseaux courbes sur le plat.

L'opération fut longue et difficile; la tumeur ne fut enlevée que fragment par fragment. Tout se passa bien, à quelques accidents près, qui nécessitèrent le tamponnement. La cicatrisation se fit avec rapidité, et quarante jours après l'opération les règles se rétablirent; mais il fut dès lors impossible de découvrir l'orifice utérin, quel que fût le moyen d'exploration mis en usage.

Cependant l'embonpoint et la fraîcheur de la malade reparurent; pendant deux ans et demi la menstruation fut régulière, seulement un peu moindre qu'avant l'opération. La troisième année, elle diminua notablement de quantité

(1) Pauly, *Maladies de l'utérus*, d'après les leçons de Lisfranc, p. 230. Paris, 1836.

et devint difficile et fort douloureuse. Au mois de septembre de la quatrième année, la malade eut un retard et fut en proie peu de temps après à une péritonite très vive, accompagnée d'un engorgement inflammatoire dans la fosse iliaque droite. Malgré la gravité de ces accidents, en trois semaines ils cédèrent à des évacuations sanguines générales et locales abondantes, à des bains et des cataplasmes. Dès ce moment les règles ne reparurent plus, quelques moyens qu'on employât pour favoriser leur retour. Les mois de novembre et de décembre se passèrent assez bien; l'état de la santé, sans être parfait, fut supportable. Mais, en janvier 1831, les douleurs péritonéales reparurent sourdes et profondes. En palpant avec précaution la fosse iliaque droite, on trouvait un engorgement très marqué. Les digestions s'altérèrent au point de ne permettre que quelques tasses de bouillon de poulet. A chaque époque menstruelle, des douleurs très vives renaissaient dans le ventre, et, malgré tous les soins, les règles ne paraissaient pas. Cet état maladif resta stationnaire jusqu'au mois d'avril : à cette époque, les symptômes prirent une marche beaucoup plus grave; l'engorgement iliaque devint plus douloureux, et l'inflammation s'étendit à la totalité du tube intestinal. La malade, tourmentée par une fièvre lente et continue, ne put plus rien digérer et tomba dans un état de marasme bien prononcé; une diarrhée colliquative vint bientôt achever d'anéantir ses forces; enfin elle succomba vers les premiers jours de juin, dans un état effrayant de maigreur.

Autopsie faite par MM. Carron du Villards et Duperret. — Nous n'examinâmes point le cerveau, mais nous fîmes avec le plus grand soin l'examen de la poitrine, du bas-ventre et des intestins. Au moyen de deux traits de scie, un à droite, l'autre à gauche, sur les branches horizontales et ascendantes des pubis, nous isolâmes entièrement l'appareil génito-urinaire; la vessie séparée du vagin, nous ouvrîmes ce canal avec précaution dans toute sa longueur. Nous fûmes très étonnés de le voir se terminer supérieurement par un cul-de-sac homogène, solide et formé par une substance fibreuse propre aux cicatrices, et que Delpech désigne sous le nom d'*inodulaire*. Les recherches les plus minutieuses ne parvinrent pas à nous faire découvrir l'orifice utérin; *il était entièrement oblitéré*. La fosse iliaque droite était occupée par une tumeur contenant au centre de la matière tuberculeuse ramollie. Les poumons étaient sains, ainsi que tous les organes thoraciques, mais le tube intestinal offrait des traces non équivoques d'inflammation. La muqueuse de l'estomac ramollie présentait çà et là de petites ulcérations conoïdes. Les intestins grêles étaient également ulcérés en plusieurs endroits. Il existait dans divers points du mésentère des traînées de petits ganglions engorgés et près de suppurer.

Immédiatement à côté de cette observation, dont l'autopsie est malheureusement très défectueuse, mais qui permet cependant de

reconnaître que la péritonite lentement mortelle a eu pour cause dans ce cas, comme dans tous les faits que nous avons rapportés, l'épanchement dans la cavité péritonéale de la sécrétion menstruelle dont l'excrétion était devenue impossible, vient se placer l'observation que nous avons rapportée dans notre mémoire de 1848, empruntée à Dance (1).

OBSERVATION XIII. — *Oblitération du col de la matrice survenue à la suite d'un accouchement laborieux et prématuré. — Au bout de quatre mois, accidents périodiques, se renouvelant de mois en mois et correspondant aux époques menstruelles. — Développement considérable du corps et du col de la matrice. — Opération pratiquée avec le plus grand succès pour remédier à ce vice accidentel de conformation.*

Madame R..., âgée de vingt-trois ans, réglée à dix-neuf, un peu maigre et de petite stature, mais bien conformée, était devenue enceinte pour la première fois, lorsque, parvenue au sixième mois de la grossesse, sans avoir éprouvé d'autre accident qu'un ptyalisme abondant, elle fut saisie d'un grand effroi en entendant quelques coups de tonnerre. Peu de jours après, des coliques du bas-ventre et tous les phénomènes précurseurs d'un avortement se déclarèrent : écoulement sanguinolent par la vulve, douleurs expulsives, issue des eaux ; arrivé à ce point, le travail de l'accouchement, confié aux soins d'une sage-femme, se ralentit par degrés, de telle sorte que la tête du fœtus resta pendant trois jours consécutifs engagée dans le col de la matrice. Au cinquième jour, on fit appeler un de mes amis, le docteur Barré, qui trouva la tête dans le vagin et convenablement disposée, mais la matrice complétement inerte ; avant de tenter aucun moyen mécanique pour terminer l'accouchement, il se proposa de réveiller les douleurs par l'administration de quelques grains de seigle ergoté dont il retira le plus grand succès. Au sixième jour, 11 août 1828, l'accouchement et la délivrance s'effectuèrent. Une petite quantité de sang s'échappa de la vulve et fut bientôt remplacée par un écoulement blanchâtre, épais, abondant, qui se prolongea pendant plusieurs jours.

Depuis cette époque, madame R... ne s'est rétablie qu'incomplétement. Elle éprouvait habituellement dans le bas-ventre une pesanteur et une douleur sourde qui la forçaient de garder le plus souvent la position assise ou couchée. Au quatrième mois depuis l'accouchement, elle fut prise pendant deux jours de coliques beaucoup plus fortes qui semblaient annoncer le retour des règles, mais rien ne parut au dehors. *De mois en mois les mêmes phénomènes*

(1) Dance, *Maladies de l'utérus* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XX, p. 530, obs. v).

se sont répétés périodiquement à dater du 24 *jusqu'aux* 26 *et* 27 *du mois, mais en augmentant à mesure d'intensité.* Ainsi, le 24 mars 1829, les douleurs étaient comparées par leur violence à celles de l'enfantement; le 24 avril, il semblait à la malade qu'on lui ouvrait le ventre, elle tombait alors dans des espèces d'accès avec sentiment de suffocation, palpitations violentes et autres accidents nerveux. D'un moment à l'autre ces accès se dissipaient, puis revenaient avec la même intensité jusqu'à ce qu'enfin la période menstruelle fût accomplie, alors tout rentrait dans le calme, et madame R... n'éprouvait que le sentiment habituel de pesanteur dont nous avons parlé.

Ces phénomènes ses produisant de la sorte engagèrent de bonne heure le docteur Barré à s'assurer de l'état des organes génitaux, qui lui offrirent une disposition insolite; il me pria de voir la malade pour la nouveauté du cas. Voici le résultat de plusieurs explorations que nous avons faites ensemble à diverses époques, à l'aide du toucher et du spéculum. Le doigt, introduit dans le vagin, faisait découvrir, à 3 pouces de profondeur, une tumeur saillante dans le fond de ce canal, ayant le volume d'un petit œuf de poule, légèrement inclinée en avant par sa partie antérieure, un peu conique et arrondie à son extrémité inférieure, où l'on ne sentait aucune division transversale et bilabiée, aucune ouverture qui représentât le museau de tanche, présentant cependant en ce point une petite dépression à peu près transversale, environnée de rugosités, et une bride saillante dirigée d'avant en arrière : nulle autre part on ne rencontrait de vestige du col utérin. Au milieu de l'hypogastre, immédiatement derrière la branche horizontale du pubis, le palper faisait reconnaître une autre tumeur plus volumineuse que la précédente et en correspondance avec elle, paraissant appartenir au corps de la matrice, qui était dans un état d'antéversion et de développement contre nature. A l'aide du spéculum la vue confirmait ce qu'indiquait le toucher; on distinguait aisément la face antérieure de la tumeur vaginale qui était recouverte par une membrane muqueuse rougeâtre; à son extrémité inférieure et vers le tiers postérieur de cette extrémité, on y voyait les traces d'une cicatrice reconnaissable à sa couleur rose tendre et aux plicatures qui l'environnaient. Vainement nous avons cherché à introduire un stylet fin en un point quelconque de cette cicatrice. L'instrument n'a fait découvrir à sa surface aucun pertuis, aucune ouverture. Aux époques où des accidents périodiques faisaient présumer l'existence d'un travail de menstruation, la tumeur présentait absolument les mêmes dispositions, mais avec ces différences importantes qu'elle augmentait alors manifestement de volume dans ses portions vaginale et abdominale, empêchait l'introduction complète du spéculum, et que le point où existait la cicatrice était plus large, moins résistant, offrait même une sensation obscure de fluctuation. De mois en mois cet accroissement de volume devenait plus sensible; mais dans l'intervalle de ces effervescences menstruelles la tumeur s'affaissait modérément. Il n'est pas inutile d'ajouter que des hémorrhoïdes accompa-

gnées d'un flux rougeâtre, puis blanchâtre, s'étaient manifestées pendant le cours de ces accidents.

Tel était depuis huit mois l'état de madame R.... Dans le principe, cet état nous parut assez équivoque; mais la nature et la succession des phénomènes que nous venons de relater ne permettaient plus aucun doute; il était évident que le col de la matrice était oblitéré à son extrémité inférieure, et que du sang s'amassait périodiquement dans la cavité de cet organe. Pour remédier à cet état, une opération devenait d'autant plus nécessaire que les accidents s'aggravaient de mois en mois, et que la nature des douleurs éprouvées en dernier lieu par la malade pouvait faire redouter une rupture de la matrice. Cette opération projetée fut renvoyée à une époque correspondant à celle de la menstruation, afin d'agir avec plus de sûreté pendant le temps où une plus grande quantité de sang distendait l'utérus. C'est le 26 avril qu'elle fut exécutée, le docteur Barré fit confectionner à cet effet un instrument analogue à la sonde à dard de frère Côme, dont suit la description...

Nous voulûmes d'abord nous servir du spéculum pour faire agir le stylet directement sur le point où existait la cicatrice du col de la matrice; mais l'état de turgescence de cette partie empêcha le spéculum de parvenir à ce point, et tout examen fait, le doigt parut le meilleur conducteur. Un moment avant l'opération, touchant la malade pour nous assurer encore de la disposition des parties, nous avons senti la tumeur vaginale d'abord molle et comme fluctuante, se contracter et se durcir à plusieurs reprises, comme il arrive dans les douleurs expulsives de l'accouchement. Ce phénomène nous a semblé de bon augure, en ce qu'il annonçait que la matrice reviendrait facilement sur elle-même, après avoir évacué le sang qu'elle contenait. Toutes ces précautions étant prises, le rectum et la vessie étant vidés, la malade couchée sur le dos, la sonde à dard a été portée le long du doigt jusque dans la cicatrice et dirigée de façon que l'instrument pénétrât suivant l'axe longitudinal de la matrice; il était à peine parvenu à cinq ou six lignes de profondeur que du sang s'est écoulé en certaine quantité par l'extrémité libre de la sonde (5 à 6 onces environ). Ce sang était inodore, de couleur rouge-brun chocolat, épais et un peu granuleux. Le stylet a été aussitôt retiré dans la gaîne qui devait être substituée à sa place; mais elle n'a pu pénétrer, quelque tentative que nous ayons faite; nonobstant le sang a continué de couler, et dans peu de temps la tumeur vaginale est devenue molle, flasque et s'est complétement affaissée; celle qu'on sentait au-dessus du pubis est rentrée dans le petit bassin. Ce point de l'opération ayant réussi selon nos désirs, nous avons songé à maintenir dans un état de dilatation l'ouverture qui venait d'être pratiquée; une sonde d'argent d'un médiocre calibre fut introduite, non sans difficulté, dans cette ouverture où elle fut fixée à demeure; elle servit à conduire deux injections émollientes pour déterger sa surface. La nuit suivante, coliques momentanées, sensation de resserrement dans le bas-ventre, douleur dans la

fosse iliaque droite, suintement sanguinolent par le pavillon de la sonde. Le lendemain, même état, point de fièvre; une sonde de gomme élastique d'un gros calibre a été substituée assez facilement à la sonde d'argent; nouvelles injections. Les jours suivants, endolorissement dans le bas-ventre, mais sans chaleur morbide, sans réaction générale; écoulement mucoso-purulent par la sonde. Cet instrument a été maintenu en place pendant une quinzaine de jours environ; mais à plusieurs reprises on a été obligé d'en faire momentanément abstraction à cause des douleurs que provoquait sa présence dans la matrice. Au bout de ce temps, l'ouverture du col utérin a été abandonnée à elle-même; un écoulement leucorrhéique, épais, abondant, analogue aux lochies, annonçait que la matrice revenait sur elle-même, et que les fluides sécrétés et contenus dans sa cavité avaient une libre issue au dehors. Dans peu de temps, en effet, cet organe a repris son volume et sa direction naturelle, mais le museau de tanche n'a point récupéré sa forme primitive, il forme un mamelon dur, arrondi, au centre duquel on sent une ouverture circulaire et radiée à son pourtour. Toutefois nous attendions avec impatience l'époque de l'apparition des règles qui, par la manière dont elles se comporteraient, devaient, plus que toute autre chose, faire juger du résultat de l'opération. Au bout d'un mois révolu, le 24 mai, elles se sont manifestées naturellement, sans troubles et sans douleurs; le sang menstruel s'est écoulé pendant six jours, plus longtemps et en plus grande quantité qu'il n'était ordinaire à la malade; mais loin d'en être fatiguée, madame R... s'est trouvée, au contraire, dans un état de bien-être qui lui était inconnu depuis longtemps : le même calme s'est soutenu pendant tout le mois de juin. Du 23 au 24 de ce mois, après quelques malaises dans le bas-ventre, les règles ont paru de nouveau; le 26 et le 27, elles étaient en pleine activité et ont continué jusqu'au 30. Madame R... se trouvait dans l'état le plus satisfaisant. Enfin, du 26 au 30 juillet, la menstruation s'est effectuée avec le même calme et la même facilité. Depuis lors nous avons cessé d'observer la malade, le temps écoulé depuis l'opération nous ayant paru suffisant pour constater la guérison.

Dans les trois observations que je viens de rapporter, la cicatrice vicieuse a succédé à une solution de continuité pour ainsi dire traumatique, car on peut légitimement considérer comme telle la déchirure du col qui se produit dans l'accouchement. Dans les deux dernières, la cicatrice vicieuse a succédé à une gangrène du vagin, symptomatique dans l'une de la fièvre typhoïde, spontanée, semble-t-il, dans l'autre, ou du moins dont n'ont pu saisir la filiation pathologique les médecins éminemment distingués dont cette malade a reçu les soins ou les conseils. Je commencerai par la première observation, parce que j'ai vu cette malade pendant la vie dans le

service de mon excellent collègue et ami M. Noël Gueneau de Mussy, et, après la mort, examiné les pièces anatomiques qui se trouvent très fidèlement décrites dans la relation de ce fait qu'a bien voulu me remettre un de mes anciens élèves, M. Second Ferréol, qui était l'interne du service. Je l'ai transcrite, malgré sa longueur, pour ne l'altérer en rien, ce qui n'arrive que trop souvent à ceux qui donnent des extraits d'observation.

OBSERVATION XIV. — *Menstruation régulière jusqu'au début d'une fièvre typhoïde, pendant laquelle se produit une gangrène du siége et des organes génitaux. — Pendant les trois premiers mois suivants, suspension de la menstruation sans qu'aucun accident se manifeste. — A cette époque et à une date qui correspond à une période menstruelle, apparition subite de douleurs expulsives que la malade compare aux douleurs qu'elle ressentait dans le travail de ses parturitions. — Tumeur hypogastrique dont la base est accessible dans le vagin rendu imperméable par une cicatrice. — Amendement des douleurs expulsives. — Retour des douleurs le mois suivant. — Ponction de la tumeur vaginale qui donne lieu à l'évacuation de 5 à 600 grammes de sang poisseux. — Diminution de la tumeur. — Le lendemain de l'opération, frissons, fièvre, symptômes de péritonite. — Mort le cinquième jour après l'opération. — Péritonite et double pleurésie purulentes. — Pas de pus dans l'utérus ni les annexes.*

Le 14 mars 1858, entre à la Pitié, salle Sainte-Marthe, n° 7, dans le service de M. Noël Gueneau de Mussy, Perrine Simon, domestique, âgée de trente-cinq ans, qui, dans son enfance, a toujours joui d'une bonne santé. Élevée à la campagne aux environs de Rennes, elle a vu ses règles pour la première fois à l'âge de douze ans, sans aucun malaise notable; puis pendant un an elle ne vit pas traces de sang menstruel. Au bout de ce temps le sang reparut, et depuis lors, jusque dans ces derniers temps, elle a toujours été parfaitement réglée tous les mois, sans aucun malaise notable. Ses règles étaient très abondantes pendant quatre ou cinq jours, et n'étaient précédées ni suivies d'aucun écoulement blanc. Mariée à l'âge de seize ans, elle accouche à dix-sept, très naturellement, d'un enfant à terme, qui meurt le deuxième jour de sa naissance. Elle ajoute qu'elle fut elle-même malade pendant deux mois d'une fièvre puerpérale assez grave, pour qu'on ait cru qu'elle en mourrait. Elle se rétablit assez promptement et complétement de cette maladie. A dix-neuf ans, elle fit une fausse couche à cinq mois, qui ne la retint pas longtemps au lit et dont elle n'éprouva aucune suite fâcheuse. Enfin, à vingt-deux ans, elle accoucha à terme, après une grossesse assez heureuse, d'un enfant né mort qui, suivant le récit de la sage-femme, s'était présenté par le bras. Elle se rétablit

promptement et parfaitement de cette couche pénible, qui cependant n'avait duré que neuf heures, et sa santé ne s'en ressentit nullement.

Il y a un an qu'elle est entrée en condition dans le village de Bicêtre, d'où elle vint avec ses maîtres à Paris, il y a huit mois. Très peu de temps après son arrivée à Paris, elle fut prise de coliques, diarrhée et fièvre, pour lesquelles elle entra une première fois à la Pitié, où elle ne resta que quinze jours. Elle ne se rétablit pas complétement, ses forces ne revinrent pas, elle est restée pâle et sans appétit, et elle remarqua que ses règles, au lieu de quatre à cinq jours, n'en duraient plus que deux, qu'elles étaient moins abondantes, de couleur moins foncée, et qu'elles étaient pendant quelques jours suivies d'un peu d'écoulement blanc, ce qui jamais n'avait existé. Du reste, pas de douleurs hypogastriques, ni lombaires, ni crurales, pas de migraines, seulement un peu de diminution des forces, et de la langueur.

Elle était dans cet état, lorsque vers le commencement de décembre, c'est-à-dire quatre mois et demi après son arrivée à Paris, elle fut obligée d'entrer de nouveau à la Pitié, dans le service de M. Becquerel, pour une fièvre typhoïde assez grave, qui donna lieu à des eschares considérables au sacrum. Elle sortit de l'hôpital au commencement de février, guérie, mais dans un état de faiblesse très grand, et s'occupa dans une fabrique à un travail peu fatigant.

Il est à noter que la dernière menstruation a eu lieu le 8 novembre, qu'à cette époque le sang avait paru pendant deux jours, pâle, peu abondant, sans douleurs du reste, ainsi que cela se passait depuis qu'elle était à Paris. Au commencement de décembre, en entrant à l'hôpital pour sa fièvre typhoïde, elle vit à sa chemise une tache de sang pâle, grande comme la main; mais elle affirme positivement que ce fut tout et qu'il n'en vint pas davantage. Pas de règles pendant tout le cours de la fièvre typhoïde, pas de règles non plus en février.

Le 11 mars, après une interruption de trois mois passés et à une époque qui, à trois jours près, coïncide avec la dernière apparition des règles (8 novembre), tandis qu'elle était à son travail, elle ressentit tout à coup des douleurs vives dans le bas-ventre et dans les reins, douleurs que la malade compare à celles qui précèdent l'accouchement. Ces douleurs étaient intermittentes et revenaient par crises plus ou moins espacées; elles devenaient de plus en plus vives de manière à arracher des cris à la malade qui se tordait de douleur. Ceci dura pendant trois ou quatre heures. Puis après un répit de plusieurs heures, les mêmes crises se renouvelèrent et les mêmes alternatives se reproduisirent les jours suivants, mais sans que la malade ait eu un seul frisson ni aucune envie de vomir; elle va bien à la selle, urine facilement; elle éprouve seulement un peu de cuisson après la miction. C'est pour ces douleurs que la malade entre à l'hôpital, où l'on constate l'état suivant :

C'est une femme assez bien prise dans sa petite taille et qui paraît d'une

assez bonne constitution. Les cheveux sont bruns, crépus, pas très abondants; l'œil noir, la peau brune, un peu pâle; il y a une maigreur générale assez marquée, mais les chairs sont assez fermes. Bruits de souffle carotidien intermittent et doux. La malade n'éprouve point de douleurs en ce moment; elle est complétement sans fièvre; elle dit que dans les intervalles de ses douleurs elle sent une boule qui roule dans le bas de son ventre, suivant qu'elle se couche à droite ou à gauche; elle sent par moments quelques picotements et fourmillements dans le haut des deux cuisses. Un peu d'appétit. Langue nette et humide. Selles naturelles.

Au toucher, on est tout d'abord frappé de la brièveté du vagin qui se termine en forme de cône tronqué. Le sommet de ce cône, aplati transversalement, est tourné vers le bassin et n'est distant de la base qui correspond à la vulve que de 0,025. Il est impossible de distinguer les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux tant les parois du vagin sont tendues; cependant la paroi antérieure forme une sorte de colonne charnue, comparable à un corps érectile qui ferait saillie dans la cavité vaginale. Quant au col utérin, on cherche en vain et son orifice et la saillie ordinaire du museau de tanche, tout ce qui pourrait rappeler un peu cet organe consiste en une sorte de bride ou de bourrelet transversal avec une rainure médiane, le tout situé directement au fond de l'entonnoir vaginal. Mais tout cela donne plutôt l'idée d'une bride, d'un repli saillant que d'un col utérin aplati et affaissé.

Par le palper abdominal on sent dans l'hypogastre une tumeur qui s'élève au-dessus du pubis jusqu'à 0,02 de l'ombilic. Cette tumeur, arrondie, mobile en tous sens, indolente ou à peu près, et ayant le volume d'un utérus à cinq mois de conception, ou d'une tête d'adulte, est assez molle et fluctuante, et ne paraît pas avoir toute la consistance d'un utérus gravide. La percussion profonde donne à son niveau de la submatité; la percussion légère donne le son intestinal. Il est impossible de saisir aucun rapport immédiat entre cette tumeur et le fond du cul-de-sac vaginal. Les mouvements imprimés à la tumeur par-dessus la paroi abdominale sont complétement insensibles au doigt appuyé sur le fond de ce cul-de-sac. La malade n'est pas examinée au spéculum.

Prescription : Cataplasmes laudanisés, bains, injections émollientes. Une portion.

Les jours suivants, aucun changement notable ne se fait remarquer; les douleurs se calment un peu et se passent moins dans les reins. La malade peut se lever. Elle a peu d'appétit; elle est restée deux jours sans douleurs (le 20 et le 21).

A partir du 25, les douleurs sont plus supportables et paraissent revenir surtout la nuit. La malade trouve que son ventre augmente, et, en effet, la tumeur remonte maintenant jusqu'à l'ombilic; elle est médiane, mais un peu inclinée dans le flanc gauche. La malade est examinée sur un lit-spéculum. On constate que la fourchette est détruite et que le périnée est en quelque sorte absent. De l'anus à l'orifice de la vulve il n'y a que quelques millimètres,

occupés par un tissu cicatriciel violacé, assez dur, formant une sorte de bande qui pénètre dans l'intérieur du vagin et qui s'étend sur les grandes lèvres jusqu'à moitié de leur hauteur. En arrière de l'anus et au niveau du sacrum, il y a de même plusieurs cicatrices d'un blanc violacé, de dimensions variables, qui toutes, suivant la réponse explicite de la malade, sont le résultat des eschares gangréneuses qu'elle a eues pendant sa fièvre typhoïde.

M. Gueneau de Mussy fait écarter les grandes lèvres transversalement par les deux doigts d'un aide, tandis que lui-même repousse fortement en haut et en bas les parois antérieure et postérieure du vagin, et alors on aperçoit facilement le cul-de-sac vaginal, qui ne montre pas vestige de col utérin, mais qui est uniquement formé par une cicatrice transversale linéaire, de couleur blanche légèrement violacée. Au-dessus et au-dessous de cette cicatrice qui peut avoir de 0,02 à 0,03 de longueur transversalement, on voit les plis du vagin assez gros et assez marqués, surtout le long de la colonne antérieure du vagin, tandis que la face postérieure est plus lisse et se continue par son aspect et sa couleur avec la bande cicatricielle qui aboutit à l'anus.

Le toucher pratiqué par l'anus n'apprend rien de positif sur la position du col utérin; on sent une énorme tumeur fluctuante située au-devant du rectum, et la fluctuation, renvoyée par la main pressant sur la tumeur abdominale, est très bien perçue par le doigt enfoncé dans le rectum.

Quelques jours après, la malade passe dans le service de M. Michon.

6 avril (époque à peu près correspondante aux époques menstruelles). Les douleurs, qui s'étaient calmées, ont reparu ce matin avec les mêmes caractères; elles sont toutefois moins vives qu'elles ne l'étaient au mois de mars, et surtout moins répétées. Elles sont plus fortes la nuit que le jour. La tumeur abdominale ne dépasse pas l'ombilic, elle est molle et fluctuante, et supporte moins facilement les pressions que le mois dernier. L'état général est assez bon, l'appétit médiocre.

11 avril. — Les douleurs ont disparu, la malade se lève et se promène dans les cours; elle mange deux portions.

13 avril. — M. Michon se décide à opérer la malade. Un coup de trocart à ascite, de moyenne dimension, est porté directement au fond du cul-de-sac; il s'écoule à travers la canule la valeur de quatre à cinq cuillerées d'un sang poisseux, épais, noirâtre. Puis un bistouri boutonné est porté dans le trou formé par le trocart, et l'ouverture est élargie transversalement à droite et à gauche, de manière à lui donner une dimension de 0,04 à 0,05 transversalement. Par cette fente il s'écoule alors environ 5 à 600 grammes de ce même sang sirupeux et d'un brun violacé. Le doigt, porté à travers cette fente, aussi loin qu'on peut l'étendre et le promener, ne rencontre que le vide.

L'opération, très rapidement et sûrement exécutée, n'a causé aucune douleur sérieuse à la malade, qui avoue avoir eu plus de peur que de mal. La tumeur hypogastrique, mesurée après que le sang a cessé de couler, ne s'élève plus

qu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis; elle est toujours un peu inclinée vers la gauche, mais elle est à peu près indolente. Aucun traitement autre qu'un repos complet n'est ordonné à la malade.

Pendant la journée, la malade continue à rendre une assez grande quantité de sang noir et poisseux dont elle salit plusieurs alèzes, et en s'asseyant pour uriner, elle rend tout d'un coup un flot qui, en un instant, a rempli le vase de nuit. Le soir, elle se trouve très bien, débarrassée, dit-elle, comme après une couche. Nul mouvement fébrile; la nuit se passe très bien. Sommeil très calme.

Le 14, à dix heures du matin, tout allait encore fort bien, sauf quelques petites douleurs abdominales attribuées à une injection d'eau tiède (environ 2 litres) qui venait d'être faite avec les plus grandes précautions par l'interne du service de M. Michon, au moyen d'une sonde introduite dans la plaie du vagin. A onze heures, il se déclare tout à coup un frisson violent avec claquement de dents, qui dure deux heures, auquel succède une fièvre intense. (Il est à noter qu'à cette époque succombaient un grand nombre de femmes en couches.) A cinq heures du soir, peau chaude, brûlante et sèche; pouls petit, précipité, fuyant, à 140 pulsations; soif vive. La langue est molle, humide et naturelle; le facies est assez calme; on ne sent plus du tout la tumeur au-dessus du pubis : le ventre est d'ailleurs parfaitement souple et indolent.

Dans la nuit du 14 au 15 se manifestent des douleurs abdominales avec de nombreux vomissements bilieux.

Le 15 au matin, la face est pâle et grippée; le ventre n'est pas notablement tuméfié, mais il est douloureux à l'hypogastre; la chaleur est âcre et sèche. Pouls à 160, misérable. Les vomissements continuent.

Prescription : Vingt sangsues, bain, frictions mercurielles, cataplasmes, calomel à doses fractionnées, injections émollientes.

Le 15 au soir, même état. Le doigt porté dans le vagin sent que les lèvres de la plaie sont serrées autour de la canule de gomme élastique qui sert à pousser l'injection et qui est laissée à demeure; elles sont tuméfiées, dures et douloureuses au seul contact. L'injection ressort presque incolore et n'entraîne ni caillot ni pus. La malade n'a plus perdu de sang depuis hier. Elle se plaint d'avoir eu à plusieurs reprises dans la journée un hoquet très fatigant. La respiration est visiblement gênée, haute, sublime; douleur à la pression au niveau des dernières côtes. Faiblesse générale.

A onze heures du soir, le pouls est un peu remonté, les vomissements ont cessé depuis cinq heures.

Le 16 au matin, encore quelques vomissements bilieux cette nuit. Le pouls est misérable, à 148; la respiration est haute, fréquente, 60 inspirations. Douleurs dans tout le ventre et dans les deux flancs, douleur en ceinture à la base du thorax. Le ventre est un peu tendu et rénitent.

Prescription : Continuer le calomel; bain, frictions, cataplasmes, injections.

Le 16 au soir, la malade a eu une syncope prolongée et très alarmante pendant qu'on la levait pour faire son lit. Ce soir la faiblesse est très grande, le timbre de la voix est grêle, plaintif, et la malade parle le plus souvent à voix basse. Grande pâleur sur laquelle tranche une coloration violacée, plaquée sur la pommette gauche. La malade affecte constamment le décubitus dorsal et ne pourrait se coucher sur les côtés ; elle a les jambes demi-fléchies avec un coussin sous les jarrets. Pas de sang par le vagin, pas de vomissements, pas de nouveau frisson, pas de toux. Le pouls est à 140 ; la respiration à 60. Plusieurs selles diarrhéiques.

Le 17, la dyspnée devient extrême, ainsi que la douleur à la base du thorax et principalement au creux épigastrique; pas de vomissements, pas de toux. Diarrhée séreuse, abondante. Le ventre est tendu, ballonné, avec sonorité tympanique. La respiration est haletante (86). Le pouls est tremblant, rude et cependant petit (140). L'intelligence est entière; il est impossible de faire asseoir la malade pour l'ausculter. En avant, la sonorité est grande des deux côtés, l'inspiration est courte, sèche et l'expiration soufflante. Les battements du cœur s'entendent bien sous l'oreille, ils sont précipités, mais sans bruits anormaux. — Même prescription, à laquelle on ajoute des ventouses sèches sur la poitrine.

Le 18, les symptômes de la journée d'hier augmentent ainsi que la faiblesse. La malade s'éteint à la fin de la journée.

Autopsie par un temps très clair et assez chaud. — Péritonite purulente généralisée, avec flocons pseudo-membraneux unissant entre elles les anses intestinales ; environ 5 à 600 grammes de pus séreux verdâtre.

400 à 500 grammes de sérosité purulente dans la plèvre gauche avec pseudo-membranes puriformes déposées sur le lobe inférieur du poumon et sur la cage thoracique en arrière. La même quantité de sérosité brunâtre un peu louche dans la plèvre droite, sans dépôt pseudo-membraneux. Forte congestion sanguine dans les parties des deux poumons que le décubitus rendait déclives, avec ramollissement, mais sans hépatisation ni épanchements apoplectiques.

Rien de notable au cœur ni au péricarde.

L'utérus est enlevé avec les annexes, la vessie, le rectum et le vagin. On observe alors les dispositions suivantes :

Au fond du vagin, qui est très court (0,025), on voit une espèce de membrane ou de diaphragme vertical, percé d'un trou parfaitement arrondi, dont le diamètre correspond très exactement à celui d'une sonde de gomme élastique de grosse dimension. Cette sorte de membrane est d'une teinte ardoisée. Elle est mince, molle et même assez friable, en certains endroits, pour qu'un stylet mousse la traverse sans qu'il y ait besoin d'appuyer beaucoup.

Derrière ce diaphragme on trouve une sorte de vaste ampoule ou de cavité

formée incomplétement en avant par le diaphragme lui-même, complétement sur les côtés par les parois de la cavité du col utérin énormément dilatée. Les lèvres du col, très amincies et effacées, se continuent presque sans qu'on puisse les distinguer des parois vaginales. En arrière, cette vaste ampoule communique, au moyen de l'orifice utérin dilaté lui-même, avec la cavité du corps, qui est moins dilatée que celle du col.

Les deux cavités du corps et du col, réunies par l'orifice utérin où le sang menstruel s'était accumulé, pourraient en quelque sorte, dans l'état où elles se trouvent actuellement, être comparées à un sablier dont les deux réservoirs seraient inégaux, le plus large réservoir étant représenté par la cavité du col, le plus long par la cavité du corps. Voici, au reste, les mesures exactes :

Hauteur de l'utérus jusqu'à l'orifice utérin.....	0,07	0,10
Hauteur du col jusqu'à l'orifice utérin.....	0,03	
Largeur de l'utérus entre l'origine des deux ligaments larges.....		0,075
Cavité du corps mesurée dans la plus grande dimension transversale...		0,04
Cavité du col, *idem*.....		0,038
Largeur de l'orifice interne de l'utérus.....		0,015

Les parois utérines sont notablement hypertrophiées. La paroi antérieure mesure 0,02 d'épaisseur au niveau de la partie moyenne du col. Les sinus utérins sont très visiblement agrandis. La plus attentive recherche n'a fait trouver aucun vestige de pus dans ces sinus, ni dans les nombreuses veines utéro-ovariques qui rampent sur les côtés de l'utérus, ni aucun vestige de pus dans aucun des lymphatiques. Le tissu utérin dur, blanc, est entièrement sain. La muqueuse seule, principalement celle du col, est un peu épaisse, tomenteuse et noirâtre.

Les pavillons des deux trompes sont oblitérés et ont contracté des adhérences intimes avec les ovaires ; *les deux trompes elles-mêmes sont dilatées et offrent des renflements* en forme de kystes, dont l'un est gros comme une noix. Ces kystes contiennent un liquide séreux parfaitement limpide, et sont tapissés par une membrane lisse d'un blanc rosé. Les deux trompes, coupées près de leur embouchure dans la cavité utérine, ne renferment pas de pus, mais seulement du mucus blanchâtre.

Les ovaires sont criblés de cicatrices et renferment une grande quantité de vésicules de Graaf. L'un d'eux renferme un magnifique corps jaune tout récent.

Je ne ferai suivre cette observation que d'une seule réflexion, c'est que dans ce cas la mort, au lieu d'être, comme dans tous les faits précédents, la conséquence de l'épanchement dans l'abdomen du sang retenu par l'oblitération, semble devoir être attribuée au trau-

matisme opératoire à cause de la diffusion des lésions; de telle sorte que cette observation paraît un de ces tristes exemples d'accidents funestes consécutifs à une opération qui en apparence devrait toujours être bénigne, surtout lorsqu'elle est aussi habilement pratiquée que l'a été celle-ci. Malheureusement toute l'habileté chirurgicale possible ne met pas à l'abri de désastres qui, par compensation, n'arrivent point lorsqu'on devrait bien plus les craindre, comme dans l'observation placée en note, que m'a communiquée mon cher ami Goupil. Je dois dire qu'il a assisté avec d'autant plus d'anxiété à toutes les souffrances dont il m'a donné la relation, que la dame qui les a éprouvées est alliée à sa famille (1); ce qui fait même qu'il n'a

(1) Obs. communiquée par M. E. Goupil.

Cette dame, âgée aujourd'hui de quarante-huit ans environ, mariée assez jeune, a eu d'abord trois grossesses heureuses; puis est survenue, en 1839, une fausse couche qui a forcé à avoir recours à des émissions sanguines et à un repos très prolongé. Guérie de cette première affection utérine, cette dame a eu successivement trois nouvelles grossesses, qui toutes trois sont heureuses, et qui, ni les unes ni les autres, ne réveillent les douleurs pelviennes qui ont suivi la fausse couche antécédente. Elle reste ainsi assez bien portante, mais sans être d'une très bonne santé, jusqu'en 1847, où alors commencent à apparaître de nouvelles douleurs utérines et des pertes qui peu à peu deviennent plus fréquentes et plus prolongées, et pour lesquelles cette dame, en 1852, consulte M. le professeur Velpeau, qui, après mûr examen, attribue les accidents éprouvés à l'existence de tumeurs fibreuses. Malheureusement, le traitement employé n'empêche pas les accidents de se reproduire, et la malade de perdre patience. En 1855, elle prie M. Briquet, son médecin, de s'adjoindre M. Robert, qui constate que l'hystéromètre, arrêté d'abord par un obstacle, pénètre ensuite dans la cavité utérine très notablement agrandie (10 centimètres et demi). Cet examen, plusieurs fois répété, fait, de plus, constater que la cavité utérine, dont l'agrandissement doit être rapporté à l'existence des tumeurs fibreuses depuis longtemps diagnostiquées par M. Velpeau, présente un état fongueux assez marqué. Dans ces circonstances, on a recours à une cautérisation de la cavité utérine qu'on fait suivre d'injections d'eau simple d'abord, puis additionnées de perchlorure de fer. Le traitement par les injections, longtemps continué, amène une légère amélioration.

En janvier 1857, survient une nouvelle métrorrhagie, à laquelle s'adjoignent bientôt les signes d'une péritonite péri-ovarique gauche, pour laquelle M. Briquet dut avoir recours à des sangsues assez nombreuses. La péritonite s'amende, et la malade semblait, en avril 1857, entrer franchement en convalescence, quand tout à coup, sans cause connue, se manifeste une gangrène, non-seulement du vagin, mais de la muqueuse qui recouvre le museau de tanche. Sous l'influence d'une médication appropriée, la gangrène s'arrête, des escharres assez nombreuses se détachent, mais le vagin, malgré l'emploi continue de mèches d'abord, et de sondes ensuite, se rétrécit considérablement, quelques brides mêmes se forment. Cependant la belle saison était venue, on dut laisser partir la malade pour sa campagne, en lui faisant promettre qu'elle continuerait l'emploi des moyens dilatateurs, et que le médecin de la localité serait chargé de ce soin. Il est incertain que cette promesse ait été exactement remplie, et cela parce que la malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis la péritonite, ne les voyant pas reparaître à

jamais touché cette malade. Mais il faut tenir compte que la position sociale heureuse et les soins vigilants dont cette dame a été entourée ont pu contre-balancer les conditions défavorables qui résultaient pour elle de l'existence des tumeurs fibreuses dont elle était affectée depuis longtemps, qui sont restées indifférentes au travail pathologique qui s'est passé autour d'elles. Je ne crois pas qu'on puisse leur attribuer la gangrène qui a déterminé consécutivement la cicatrice vicieuse du vagin; mais même quand on le ferait, ce ne serait toujours que secondairement que les tumeurs fibreuses auraient produit l'oblitération du vagin.

Ceci me ramène à la question que je me suis posée avant de

---

la campagne et n'en éprouvant aucune incommodité, s'était persuadée qu'il n'en serait plus question.

Il n'en devait malheureusement pas être longtemps ainsi, car peu de temps après son retour à Paris, elle eut, pendant quelques jours, des douleurs qui cessèrent sans qu'aucun écoulement ait eu lieu ; le mois suivant, à une époque à peu près correspondante à celle du mois précédent, des douleurs semblables, mais cette fois plus marquées, reparaissent et ne se calment qu'incomplétement après quelques jours de durée. Les douleurs vont ainsi, de mois en mois, croissant d'intensité, jusqu'à condamner enfin cette malade au repos absolu au lit, en proie à des douleurs continuelles. M. Briquet est appelé de nouveau; il demande M. le professeur Paul Dubois en consultation, et, conjointement avec ce dernier, il constate l'existence d'une tumeur assez dure remplissant tout le petit bassin, et descendant en bas entre le rectum et l'utérus, dont le diagnostic paraît incertain à cause de la difficulté du toucher dans ce vagin rétréci par des parois indurées, et à cause de l'existence depuis longtemps connue des tumeurs fibreuses; on résolut d'attendre. En juillet, les douleurs, semblables aux douleurs expulsives, mais devenues continues depuis assez longtemps, augmentent. M. Nélaton, appelé en consultation pour cette tumeur que ses antécédents, sa configuration faisaient considérer comme une hématocèle, ou plutôt comme une rétention du sang menstruel dans l'utérus et dans le cul-de-sac postérieur du vagin oblitéré, y plonge un trocart explorateur. Cette ponction, faite par le vagin à la partie postérieure de la tumeur, donne issue à une petite quantité de sang, et produit un soulagement notable, mais de courte durée, de vingt-quatre heures à peine. Les douleurs reparaissent alors aussi vives qu'avant la ponction, elles deviennent intolérables la nuit ; alors la malade, pénétrée des diverses opinions qui ont été émises sur son mal, poussée à bout par l'excès de ses douleurs, introduit son doigt dans le vagin, agrandit l'ouverture de la ponction exploratrice, et si bel et si bien travaille la cicatrice, qu'une quantité de sang abondante s'écoule, non-seulement cette nuit, mais les jours suivants. De ce moment une amélioration notable se produit, et cette fois, par l'usage fréquent de la sonde et l'application de mèches, on parvint à maintenir l'ouverture vaginale, malgré les brides et les tractions qu'on sentait en arrière de la cicatrice rompue. Un mois après la ponction exploratrice, pratiquée à la cinquième ou sixième crise de douleurs, mais dont les dernières étaient moins caractéristiques que les premières, la malade était assez bien portante pour entreprendre un voyage aux bains de mer, époque à laquelle s'arrête la relation de Goupil, qui m'a dit que depuis janvier 1859 étaient survenus de nouveaux accidents qu'il ne m'a pas décrits, mais qui n'ont pas rapport à la rétention menstruelle.

rapporter les cinq observations que je viens de transcrire; à savoir, si l'on doit admettre aux oblitérations du col utérin d'autres filiations que celles qui se trouvent mentionnées dans les quelques observations que j'ai pu assez difficilement rassembler, et qui cependant ne devraient pas être infiniment rares. J.-P. Frank (1) et Boyer (2), qui peuvent à juste titre être considérés, dans l'étude des affections utérines, comme les deux représentants de l'école immédiatement antérieure à la nôtre, indiquent que les cicatrices vicieuses du canal vulvo-utérin peuvent être le fait de brûlures (je n'ai pas à m'en préoccuper, parce que ces cicatrices ne peuvent intéresser que l'orifice vulvaire), d'ulcères varioliques, vénériens, dartreux, enfin être la conséquence d'un cancer.

Je ne dirai rien de la variole, parce que je n'ai pu me faire d'opinion à cet égard: j'ai à différentes reprises constaté par le toucher que le vagin, chez des femmes qui, antérieurement à la variole, avaient eu des rapports sexuels, était le siége de pustules; mais dans aucun de ces cas il n'y a eu ni brides, ni cicatrices vicieuses. Passons aux ulcères vénériens que j'ai vus en assez grand nombre pour être suffisamment autorisé à dire ce que j'ai observé, mais pour lesquels il faut établir une distinction que n'avaient point faite J.-P. Frank et Boyer : ulcérations blennorrhagiques, ulcérations syphilitiques. Aucune des femmes affectées de blennorrhagie, que j'ai vues, n'a présenté de brides ou de cicatrices vaginales ni de cicatrice du col utérin; quelques-unes cependant, à la suite de la blennorrhagie, ont été en proie à des douleurs dysménorrhéiques qu'elles n'avaient point éprouvées antérieurement; mais dans ces cas la blennorrhagie avait donné lieu à une pelvi-péritonite, et consécutivement à des déviations utérines, ou avait laissé à sa suite un catarrhe utérin auquel j'ai cru pouvoir rapporter le trouble de l'excrétion. Ainsi la blennorrhagie peut déterminer la dysménorrhée, mais sans donner lieu à une oblitération complète, du moins d'après ce que j'ai vu en y regardant avec soin.

Il nous reste à savoir ce qui s'est passé chez les syphilitiques proprement dites. Aucune des vingt et quelques femmes que j'ai vues affectées de chancres du col, et qui, je dois le dire, n'ont pas été cautérisées, n'a présenté d'oblitération ni même de rétrécissement de

(1) J. P. Frank, *loc. cit.*, t. II, p. 256 et suiv.
(2) Boyer, *loc. cit.*, t. X, p. 426, 4e édit. (la bonne), 1831.

l'orifice utérin. Deux seulement de celles qui, en même temps qu'elles étaient affectées de chancres du col, en avaient dans le vagin, ont présenté dans ce dernier organe des cicatrices gaufrées, assez dures, au moment de leur sortie de Lourcine; mais chez ces deux femmes que j'ai revues l'année suivante, pendant laquelle elles avaient eu toutes deux des rapports sexuels excessivement multipliés, les cicatrices n'étaient plus appréciables au doigt, et chez l'une en particulier le cul-de-sac vaginal gauche, qui avait été presque comblé par la cicatrice, s'était reformé. Je me crois donc autorisé à dire que les oblitérations consécutives à des affections vénériennes blennorrhagiques ou syphilitiques sont complétement exceptionnelles, quand du moins on s'abstient de toute cautérisation, comme je l'ai fait; et à penser qu'on a probablement attribué à la syphilis des cicatrices qui étaient la conséquence d'ulcérations de tout autre nature, en particulier la conséquence d'ulcérations dartreuses, pour employer la même dénomination que J.-P. Frank et Boyer.

Ce qui me fait avancer cette dernière opinion, c'est que j'ai vu chez deux malades qui, concurremment aux accidents syphilitiques qu'elles présentaient, secondaires chez l'une, tertiaires chez l'autre, étaient affectées d'un eczéma chronique du vagin de nature scrofuleuse, survenir sous mes yeux l'oblitération du cul-de-sac vaginal droit chez la première, et de tout le fond du vagin chez la seconde. Chez cette dernière, un conduit sinueux pouvant admettre l'hystéromètre a persisté et a toujours permis l'écoulement facile des règles depuis cinq ans qu'existe cette cicatrice vicieuse. Ces deux faits, s'ils tendent à infirmer l'opinion de J.-P. Frank et de Boyer, par rapport aux maladies vénériennes, établissent au contraire qu'une oblitération peut être la conséquence d'ulcérations dartreuses et d'un eczéma chronique en particulier.

Elle peut de même être déterminée par des productions organiques, comme le démontre l'observation placée en note (1); cependant le

---

(1) Obs. de Latour (d'Orléans), extraite de Duparcq, *Maladies de la matrice*, t. II, p. 13.

Une dame cessa d'être menstruée à quarante ans. A cinquante ans, elle s'aperçoit qu'une tumeur se développe dans son ventre; celle-ci augmente progressivement et devient énorme; on s'assure qu'elle est formée par le développement de la matrice. Dans un des paroxysmes *des douleurs qui devenaient insupportables*, la malade éprouva une sensation particulière dans le ventre : les douleurs cessèrent, la tumeur de l'hypogastre s'affaissa; la malade s'affaiblit et mourut le lendemain.

A l'ouverture du corps, on trouva la cavité péritonéale remplie par une énorme quantité

cancer, au lieu de produire une oblitération du col, amène plus souvent son imperméabilité sans qu'il y ait disparition absolue de son orifice ; ce qui fait que j'ai placé les exemples de rétention menstruelle déterminée par les différentes variétés de cancers dans une des espèces suivantes.

§ 3. — Dans les deux premières espèces, l'imperméabilité absolue du canal excréteur s'oppose d'une manière complète et permanente à l'accomplissement de la fonction; dans les autres, au contraire, l'excrétion plus ou moins entravée peut avoir lieu d'une manière plus ou moins incomplète, ou, abolie temporairement, peut se rétablir; abstraction faite, bien entendu, de quelques-unes des variétés de la dernière espèce réservée aux lésions des trompes. Toutefois la nature du rétrécissement qui met obstacle à l'excrétion menstruelle apporte de si notables différences, que quelques-unes de ces dysménorrhées diffèrent excessivement des autres rétrécissements, et si peu au contraire des oblitérations congénitales ou acquises, qu'elles peuvent et ont été confondues avec celles-ci. Cette ressemblance, qui établit l'intime connexion qui existe entre les différents faits du même ordre pathologique, se rencontre surtout dans les rétentions déterminées par une coarctation extrême, congénitale ou acquise du vagin ou du col que nous avons réunies ensemble pour constituer notre troisième espèce, et qui ne sont en réalité qu'un degré moindre des lésions qui constituent les oblitérations. Aussi les dysménorrhées par coarctation, différentes les unes des autres par l'époque où apparaissent les accidents plus ou moins intenses qu'elles déterminent, se distinguent-elles presque uniquement des oblitérations proprement dites, en ce qu'une ou plusieurs excrétions plus ou moins incomplètes et douloureuses du flux ont précédé ou peuvent spontanément succéder à la rétention, comme nous le voyons dans les faits suivants.

---

de sang noir et corrompu. L'utérus était resté dilaté, béant ; ses parois, consistantes et épaisses, *s'amincissaient vers le fond de ce viscère, qui, en cet endroit, offrait une ouverture* à bords déchirés. Le col utérin *était cartilagineux et complétement oblitéré.* « D'après cette disposition et les signes qui s'étaient manifestés pendant la vie, il est évident que le sang épanché provenait de la cavité utérine, d'où il avait passé dans l'abdomen par la rupture qui s'était faite au fond de cet organe. »

OBSERVATION XV (1). — *Atrésie congénitale du vagin. — A l'âge de treize ans, douleurs abdominales. A dix-sept ans, tumeur hypogastrique. A vingt-deux, augmentation des accidents. — Évacuation incomplète du retentum menstruel constituée par un écoulement de sang altéré qui, après une dizaine de jours de durée, s'arrête. — Accidents inflammatoires. — Diarrhée colliquative. — Mort le quarantième jour après la première évacuation. — Dilatation de l'utérus. — Dilatation et réplétion sanguine des trompes, dont la droite offre un diverticulum péritonéal remontant jusqu'à l'estomac et forme différentes loges, les unes contenant du sang altéré, les autres ressemblant à des tumeurs hydatiformes. — Perforation de chacune des tumeurs tubaires qui, par un pertuis de nouvelle formation, fait communiquer chacune d'elles avec la partie du vagin située derrière le rétrécissement fibreux au-devant duquel existait une sorte de cloaque recevant le vagin rétréci et le canal de l'urèthre.*

Dans le mois de juin 1814, on reçut à l'hôpital de la Charité une fille de vingt-deux ans, dont les règles n'avaient pas encore paru, et qui éprouvait dans le ventre des douleurs assez vives. Plusieurs saignées locales et générales furent pratiquées sans succès; les douleurs même augmentèrent d'intensité et prirent la forme d'attaques hystériques qui devinrent par degrés plus fortes et plus rapprochées. Le ventre, qui était déjà tuméfié lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, le devint davantage; on jugea à propos d'introduire le doigt dans le vagin, et l'on reconnut que cette femme était imperforée; elle fut transférée de la salle où elle était dans une des salles dont nous sommes chargé. Voici ce que nous observâmes. En écartant les grandes lèvres qui étaient moins développées qu'elles ne le sont communément, et les nymphes qui n'offraient rien de particulier, on apercevait une seule ouverture située un peu plus bas que ne l'est ordinairement le méat urinaire. Cette ouverture était arrondie, sans aucune saillie; elle donnait passage à l'urine et admettait à peine le bout du petit doigt. Cependant, en forçant cette ouverture, le doigt atteignait une cavité qui n'était séparée du rectum que par une membrane très mince, ainsi qu'on le reconnut encore en portant une sonde dans la vessie et l'indicateur dans le rectum. La région hypogastrique était considérablement gonflée; on y distinguait une tumeur dure, élastique et douloureuse depuis quelque temps à la pression. Depuis quelque temps aussi l'urine s'écoulait involontairement, ce que la malade attribuait aux tentatives qu'avait faites un chirurgien de son pays pour explorer les parties. Nous apprîmes encore de cette fille que les douleurs abdominales avaient commencé vers l'âge de treize ans; que la tuméfaction du ventre n'était devenue manifeste que quatre ans après, et qu'elle *était plus considérable à droite qu'à gauche.* Elle n'avait, du

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, 4e édit., t. X, p. 447.

reste, remarqué aucune périodicité dans le retour des douleurs, qui reparaissaient à des intervalles irréguliers. L'état de la malade ne présenta rien de particulier jusqu'au mois de novembre, si ce n'est l'augmentation graduelle des douleurs et de la tuméfaction hypogastriques. Le 29 novembre, il s'échappa par l'ouverture qui donnait passage à l'urine une livre environ d'un liquide épais, inodore, d'un rouge brun, et semblable en tout à du sang épaissi; en même temps le ventre diminua de volume, devint souple : la malade se sentit soulagée et crut être guérie. On chercha, mais en vain, à reconnaître avec le doigt et avec la sonde l'endroit d'où venait ce liquide. L'évacuation, après avoir duré pendant deux heures, s'arrêta et reparut deux jours après; elle continua jusqu'au 7 décembre qu'elle fut de nouveau suspendue. Le ventre, quoique très affaissé, devint très sensible, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent : la malade tomba dans le découragement et la tristesse; il survint de la diarrhée, une faiblesse qui augmenta progressivement jusqu'au 18 janvier, jour où la malade succomba, le quarantième après la première évacuation.

Voici ce que l'ouverture du corps fit connaître. Le seul orifice que présentait la vulve conduisait à un canal long d'un pouce et demi. Dans son intérieur venaient aboutir deux autres conduits placés l'un au-dessus de l'autre : le supérieur était le méat urinaire; l'inférieur traversait une cloison épaisse d'une ligne, large d'un pouce, représentant assez bien un vagin et aboutissant au col de l'utérus. La cavité de cet organe était plus grande qu'elle ne l'est ordinairement, et son tissu d'un blanc rosé. *Sur les parties latérales et supérieures de la matrice, existaient deux tumeurs. La droite, un peu moins grosse que le poing, avait des parois épaisses, blanchâtres, et contenait un liquide semblable à celui qui s'était écoulé pendant la vie. A cette tumeur s'en joignait une autre qui s'élevait jusqu'auprès de l'estomac, et était formée de loges remplies de sang et de tumeurs hydatiformes. La tumeur du côté gauche contenait de* 8 *à* 10 *onces de sang épaissi.* Les ovaires manquaient, et nous pensâmes que ces tumeurs s'étaient développées dans leur substance. La cavité de ces tumeurs ne communiquait pas avec celle de l'utérus, mais il naissait de chacune d'elles un canal qui s'étendait jusqu'à la petite cavité placée près de la vulve, sans communication manifeste avec elle. Le sang écoulé pendant la vie avait-il passé à travers les membranes? Des adhérences accidentelles avaient-elles, avant la mort, produit l'occlusion de quelque conduit? Ce conduit a-t-il échappé à nos recherches, quelque attentives qu'elles aient été? C'est ce que nous ne pouvons décider.

J'aurais pu, j'aurais même dû peut-être placer cette observation dans les oblitérations congénitales, et insister sur la disposition remarquable qu'offrait la première partie du conduit vulvo-utérin qui rappelait incomplétement le cloaque de certains animaux, disposition que j'ai vue tout à fait complète pendant mon internat à

l'hôpital Beaujon, sur un enfant mort-né que mon collègue et ami M. Broca a disséqué avec le plus grand soin, pour étudier l'ampoule vaginale (véritable cloaque) dans laquelle venaient, chez cet enfant, s'ouvrir le rectum, l'orifice utérin et l'urèthre, ou plutôt le col de la vessie. Mais j'ai dû laisser de côté cette particularité intéressante, et mettre cette observation à la place qu'elle mérite anatomiquement; et, quoiqu'il y ait doute sur l'origine de l'évacuation menstruelle ultime qui, au lieu de venir de l'utérus, semble plutôt le résultat de la perforation dans le vagin des tumeurs sanguines tubaires, la faire servir, pour ainsi dire, de transition des faits précédents à ceux qui suivent. Mais avant d'exposer ceux-ci, j'ai à faire remarquer l'existence, dans ce fait, de tumeurs sanguines accolées à l'utérus, et la différence que présentaient les liquides contenus dans les diverses loges de l'une de ces tumeurs, parce qu'on trouve réunis dans ce fait les changements successifs que peut offrir l'épanchement sanguin appelé hématocèle. Aussi suis-je étonné que les élèves de M. Nélaton, qui ont voulu faire remonter à Hippocrate la connaissance de cette affection, et qui, pour soutenir cette opinion, ont produit des observations complétement obscures, n'aient pas donné place dans leurs travaux à un fait aussi intéressant que celui de Boyer, qu'ils devaient cependant connaître. Cet oubli singulier m'a forcé à rapporter un fait que je n'aurais dû que citer, puisqu'il se trouve dans le livre classique par excellence des étudiants français, pour montrer que dans toutes les variétés d'oblitérations du col utérin existent des exemples d'hématocèles. J'ai dû le faire pour montrer aussi que le reflux du sang menstruel de l'utérus par les trompes dans la cavité péritonéale, que personne n'a pensé à mettre en doute dans ces circonstances, reposait sur des faits assez nombreux pour que j'aie pu croire inutile, dans mon mémoire de 1848, d'insister sur une opinion qui avait acquis droit de domicile scientifique. Arriverai-je aujourd'hui à convaincre ceux qu'une question d'amour-propre rend incrédules? Je n'en sais rien; mais je poursuis ma tâche, qui m'amène à reproduire les faits auxquels les Anglais ont donné le nom de *dysménorrhée mécanique* (1), et qui ont été signalés en France, il y a plus d'un siècle, par Littre (2).

(1) Oldham, *Observations sur deux formes de dysménorrhées* (*London medical Gazette*, 1846, t. II, p. 919).

(2) Littre (1704), *Histoire de l'Acad. royale des sciences*. Diverses observations anatomiques (obs. XIII, p. 27), 1704.

OBSERVATION XVI. — *Depuis l'établissement de la menstruation, douleurs dysménorrhéiques violentes. — Stérilité. — Mort par un coup de feu. — Oblitération incomplète du col utérin par la membrane muqueuse du vagin, offrant deux pertuis d'un quart de ligne chacun.*

Une femme, âgée de cinquante ans, et qui pendant dix-neuf années de mariage n'avait point eu d'enfants, fut tuée d'un coup d'arme à feu. Elle rendait peu de sang dans le temps de ses règles; elle était alors fort gonflée et souffrait de grandes douleurs dans le bas-ventre; et quelques années après qu'elle eut commencé à être réglée, elle mouchait ou crachait du sang dans ces temps-là. M. Littre l'ayant ouverte, vit la cause de ous ces accidents et de sa stérilité. L'orifice intérieur de la matrice était fermé par la membrane qui tapisse intérieurement le vagin, et cette membrane y était aussi adhérente qu'à la superficie du vagin. Elle était seulement percée de deux petits trous d'un quart de ligne de diamètre. Le col de la matrice était deux fois plus long qu'à l'ordinaire, apparemment parce que le corps de la matrice était obligé, dans le temps des règles, de faire de grands efforts pour chasser de sa cavité par deux si petites ouvertures le sang qu'il contenait. Aussi ce sang qui y séjournait longtemps en avait-il étendu la cavité et rendu les parois plus minces qu'à l'ordinaire. La cavité des trompes, principalement vers leur ouverture dans la matrice, était plus grande que de coutume, parce que la lymphe filtrée par les glandes des trompes s'amassait là, ne pouvant être reçue dans la matrice, qui presque toujours était pleine de sang.

Une autre particularité remarquable, c'est que le simple frottement des draps du lit avait déterminé, dans les derniers moments de la vie, des ecchymoses sur différents points du corps de la malade.

OBSERVATION XVII (1). — *Menstruation pénible et peu abondante chez une femme mariée. — Stérilité. — Division du col utérin. — Guérison. — Grossesse.*

Jane C..., âgée de trente ans, grande plutôt que forte, en apparence d'une bonne santé, a été mariée deux ans sans être enceinte. Elle vint me consulter, le 26 octobre 1845, pour les douleurs qu'elle éprouvait pendant la période menstruelle, et surtout pour sa stérilité. Son mari lui reproche d'être, au contraire des autres femmes, d'une extrême retenue, la traite avec une grande indifférence et lui cause ainsi beaucoup de chagrins. Elle a toujours eu des menstrues pénibles et peu abondantes; mais, depuis son mariage, les périodes sont devenues encore plus douloureuses. Elles se présentent une fois par mois, et l'écoulement est précédé pendant deux ou trois jours par des douleurs

(1) Oldham, *loc. cit.*, obs. 1re, p. 920.

longues et déchirantes (ce sont ses propres paroles) à la partie inférieure de l'abdomen, avec une sensation de chaleur et de roideur auprès de la vulve, et parfois des démangeaisons. Les rapports sexuels sont douloureux quelques jours avant la période; le siége de la douleur est profondément au fond du bassin, il occupe probablement la matrice elle-même. Les douleurs du bassin diminuent quand l'écoulement commence ; mais alors elle éprouve une sensation de froid, avec des douleurs au-dessus de l'aine et beaucoup de douleurs lombaires. Au commencement, l'écoulement est clair et d'une couleur verdâtre, puis il devient plus rouge, mais pâle, et l'écoulement dure deux ou trois jours. Elle a une légère leucorrhée pendant les intervalles des règles, qui cependant a cessé depuis trois mois; elle n'en a pas actuellement, ou elle a justement passé la période.

A l'examen, l'utérus est bien placé et parfaitement mobile; au toucher il est d'un volume normal. Le col utérin avance dans le vagin comme il doit faire; son tissu est mou, sensible, et n'est pas douloureux au toucher ; mais l'ouverture de la matrice est extrêmement petite et contractée, elle a à peu près la *grandeur du trou d'une clef de montre ordinaire.*

Je résolus, dans cette circonstance, d'élargir l'ouverture de la matrice avec le bistouri caché que le docteur Simpson a inventé dans ce but, et cela fut fait sans difficulté le jour suivant. L'ouverture de la matrice fut incisée sur un côté, sans douleur vive et presque sans saignement. Une petite éponge enduite de suif fut alors fixée dans l'ouverture de la matrice, et la malade resta sans faire de mouvement. La vessie avait été au préalable vidée. Le jour suivant, je passai une sonde métallique ordinaire sans difficulté ni douleur, et la longueur de la matrice, depuis le fond jusqu'à l'ouverture, était de deux pouces et demi (0,063). Entre cette époque et la période du mois suivant, je passai, à une semaine d'intervalle, des tiges de métal, augmentant leur grosseur graduellement, et elles restèrent une demi-heure dans le canal du col sans produire de douleurs ; de cette manière le col et l'ouverture de la matrice furent élargis autant qu'il était nécessaire.

Le 10 novembre 1845, arriva, d'après le récit de la malade, une période plus abondante et comme elle n'en avait jamais eu. L'écoulement dura cinq jours et presque sans douleur ; elle est contente et très heureuse de ce soulagement. Je passai une tige métallique de grandeur ordinaire sans difficulté. La malade vint me voir tous les huit ou quinze jours : je la traitai surtout pour une toux et un enrouement auquel elle était sujette, mais sans toucher à la matrice.

Le 2 février 1846, elle se plaignait de quelques démangeaisons au commencement de la dernière période menstruelle, qui n'avait pas encore cessé complétement. La douleur se portait surtout à la partie inférieure de la vulve. Ce symptôme fut arrêté avec succès par une fomentation de décoction de pavot avec addition de sous-acétate de plomb, médecine purgative, etc.

A la fin d'avril, elle s'aperçut de l'absence de ses règles, et maintenant elle est enceinte de sept mois.

OBSERVATION XVIII (1). — *Menstruation excessivement pénible et peu abondante chez une femme non mariée. — Division du col. — Soulagement partiel.*

Matilda Rainsbury, âgée de trente-deux ans, femme non mariée, d'une stature petite plutôt que grande et paraissant d'une bonne santé, vint me consulter comme malade externe à l'hôpital de Guy, se plaignant d'une menstruation peu abondante et excessivement pénible. Les périodes venaient toujours régulièrement, mais ne duraient qu'un jour; deux jours avant et pendant l'écoulement, elle éprouvait une grande douleur. Ce sont des élancements, quelquefois des battements sentis surtout vers le sacrum et dans le fond du bassin, parfois avec dysurie. Pendant les périodes menstruelles, elle n'est jamais exempte de douleurs, mais quelquefois, pendant six heures environ, sa souffrance est si forte, qu'elle est obligée de se mettre au lit et elle se roule littéralement de douleurs. J'essayai en vain de guérir cette affection en soignant sa santé générale pendant les intervalles et en employant plusieurs espèces de sédatifs locaux et intérieurs pendant les périodes. Il y eut du mieux, mais elle souffrait encore cruellement. Elle consentit à un examen. Je trouvai le vagin lâche et peu serré, résultat dû, à n'en pas douter, à une abondante leucorrhée qui la tourmentait depuis trois ou quatre mois. L'utérus était très abaissé, parfaitement mobile et d'un faible poids. Le col était petit, et l'ouverture de l'utérus remarquablement contractée. Je divisai le col à l'hôpital, elle ne ressentit que peu de douleurs, et eut après un léger écoulement de sang. Deux jours après, je passai une tige métallique et la laissai dans l'intérieur du col pendant quelques instants. Elle sentit à peine quand la tige fut passée, et je trouvai que la longueur des cavités réunies de l'utérus et du col était à peine d'un pouce trois quarts (anglais). La tige métallique fut passée de nouveau quelques jours avant la période attendue. Le but de cette opération était d'empêcher les douleurs à la prochaine période, mais l'écoulement ne dura encore qu'un jour. Cette femme est au nombre de nos malades externes ; elle continue à avoir des périodes douloureuses et peu abondantes, quoique moins pénibles qu'auparavant. Deux mois plus tard, je divisai encore le col, mais sans obtenir un meilleur résultat.

Il est à regretter que M. Oldham se soit contenté, dans cette observation, d'indiquer que l'orifice utérin était remarquablement contracté, sans indiquer, au moins par une comparaison, quelle

(1) Oldham, *loc. cit.*, obs. 2e.

était cette contraction, et plus à regretter surtout qu'il n'ait noté, ni dans l'une ni dans l'autre de ses observations, quel était l'état de la cavité du col, et plus particulièrement celui de l'orifice cervico-utérin, qui me paraît avoir une énorme importance dans la question. Je fais cette remarque parce que, pour déterminer quel était le diamètre de l'orifice cervico-vaginal, au-dessous duquel le libre accomplissement de l'excrétion menstruelle devient impossible, j'ai mesuré un nombre infini de fois cet orifice sans pouvoir arriver à cette détermination. C'est un résultat négatif désobligeant à enregistrer, mais il n'y a pas de vérité qui doive coûter à dire, et je dois par conséquent retracer en quelques lignes le mécompte que j'ai eu dans quatre faits, où l'étroitesse de l'orifice cervico-vaginal était telle, qu'elle pouvait faire supposer qu'il devait en résulter des accidents dysménorrhéiques.

Au commencement de 1855, entre à Lourcine, pour des accidents secondaires tardifs, une femme dont les règles sont devenues douloureuses, nous dit-elle, depuis une fausse couche postérieure à deux grossesses heureuses, pour laquelle elle est restée neuf mois à l'Hôtel-Dieu, où dans les derniers temps de son séjour on l'a cautérisée trois fois au fer rouge. L'orifice cervico-vaginal, froncé par une cicatrice fibreuse, ne peut admettre le plus petit hystéromètre; quand on y fait pénétrer un stylet, cet orifice paraît inextensible. Les règles se produisent dans mon service, douloureuses, il est vrai, mais parce qu'elles ramènent un retour d'acuité dans un de ces prétendus phlegmons péri-utérins datant de l'avortement; l'excrétion était facile. La même année, deux malades, toutes deux mères, entrent dans mon service. Suivant le récit de l'une, les règles étaient parfaitement régulières; suivant le récit de l'autre, la menstruation était douloureuse, le sang était expulsé par petits caillots à la suite de douleurs dysménorrhéiques; chez toutes deux, l'orifice cervico-vaginal circulaire, parfaitement souple, était de si petite dimension, que le stylet d'argent de trousse ordinaire avait de la peine à y pénétrer. Pendant qu'elles sont dans mon service, les règles ont lieu, et chez toutes deux elles sont normales. Chez la quatrième malade, entrée dans mon service à la Pitié, en 1856, et dont je placerai l'observation dans un des mémoires suivants (1), l'orifice cervico-vaginal admettait à grand'peine

(1) Pelvi-péritonite, *Diagnostic*.

une sonde uréthrale n° 2. Cependant, chez cette femme, qui avait eu antérieurement une fausse couche, les règles étaient régulières avant l'affection qui l'a amenée dans mon service, et elles sont redevenues régulières après sa guérison, sans qu'on ait incisé le col. De tous ces faits, j'ai dû conclure que, tant que l'étroitesse de l'orifice cervico-vaginal n'est pas porté à un point extrême que je n'ai jamais rencontré, elle n'entrave pas à elle seule l'excrétion menstruelle, qu'il faut, pour que le trouble de cette fonction survienne, qu'un épiphénomène morbide se surajoute à l'atrésie. J'ai insisté sur ces diverses circonstances, parce qu'elles rendent compte de la réserve extrême avec laquelle on a accepté en France la dysménorrhée mécanique décrite en Angleterre, et de la réserve plus grande encore pour l'opération proposée pour y obvier. Elle est d'autant plus légitime, que le succès de ces opérations n'implique pas qu'elles n'aient point été faites pour des dysménorrhées spasmodiques ou congestives qu'amendent des moyens perturbateurs.

§ 4. — Je ne m'étendrai pas davantage sur cette troisième espèce que je n'ai pu cependant qu'indiquer, parce que les atrésies congénitales ou acquises doivent nécessairement, comme dans le fait de Littre (1), amener à la longue l'hypertrophie du col utérin, par suite du changement de vitalité qu'impriment à cet organe la persistance des accidents dysménorrhéiques et le trouble de la sécrétion elle-même qui en est la conséquence, et parce que ces faits viennent alors se confondre avec ceux qui composent notre quatrième espèce. Dans celle-ci, en effet, comme je l'ai dit, l'excrétion est entravée par une augmentation du col utérin, qui tantôt rendra seulement douloureusement difficile l'accomplissement de cette fonction, tantôt la rendra pour un temps plus ou moins long impossible et amènera une rétention menstruelle comparable pour son mécanisme à la rétention urinaire déterminée par la tuméfaction de la prostate. Les faits qui composent cette quatrième espèce, bien qu'analogues les uns aux autres par les symptômes dysménorrhéiques ou de rétention qui se produisent mécaniquement, offrent cependant entre eux de profondes dissemblances tenant à la nature même de l'augmentation de volume du col utérin, qui peut être une hypertrophie simple, inflammatoire ou organique, en prenant ces

(1) Observ. xve, p. 93.

mots dans leur sens le plus générique. Ce que je viens de dire est tellement élémentaire, que je n'ai pas besoin d'insister sur ces dissemblances, qui deviendront très importantes lorsqu'il s'agira du traitement, mais qui ne sont qu'accessoires dans l'exposition des faits.

Mais avant de rapporter ceux que j'ai à placer ici, j'ai besoin de rappeler que c'est à l'espèce que nous étudions qu'appartient l'observation première de ce mémoire, qui a été le point de départ de tout mon travail, et que j'ai dû, à mon grand regret, noyer dans une foule d'observations d'imperforations congénitales ou acquises, pour démontrer, par l'analogie complète qui existe entre tous ces faits, que la dysménorrhée peut, comme l'aménorrhée par oblitération et de la même manière que celle-ci, être suivie de l'épanchement dans la cavité péritonéale de la sécrétion menstruelle. Heureusement il est rare que les accidents dysménorrhéiques acquièrent le summum de gravité qu'ils ont présenté dans le fait auquel je fais allusion ; mais si cela est vrai, il est vrai aussi, ce que n'ont pas voulu remarquer ceux qui, au lieu de considérer l'hématocèle comme une affection symptomatique, en ont fait irrationnellement une maladie, que le nombre des hématocèles par vices d'excrétion est plus considérable que celui de toute autre variété. Il suffit, pour s'en convaincre, de faire, pour chaque variété séparément, l'addition des observations publiées avec autopsie, bien entendu, et dont l'autopsie a été faite avec assez de soin pour permettre un jugement, ce qui est loin d'être toujours (1). J'insiste sur ce fait, parce que la connaissance des dangers extrêmes qui peuvent survenir, lorsque par une cause quelconque l'excrétion des règles ne peut avoir lieu, a une importance pratique bien autre que des spéculations vaines tant qu'elles sont stériles pour les malades. C'est la crainte de ces dangers qui m'a fait étudier si longuement les différentes variétés de dysménorrhées, et en particulier celle de la quatrième espèce, dont j'ai à rapporter des observations.

---

(1) J'ai le regret d'avoir à signaler en particulier la thèse inaugurale de M. Prost (Paris, 1854), souvent citée, mais dont les observations sont tellement obscures, qu'il est impossible de les comprendre, et partant de s'en servir pour baser une théorie.

OBSERVATION XIX. — *Dysménorrhée remontant à la première menstruation. — Trois fausses couches. — A trente-quatre ans suppression des règles, qui pendant le premier mois ne donne lieu qu'à des accidents légers. — A la deuxième époque menstruelle absente, apparition de symptômes graves dus probablement à une péritonite.— A la quatrième, expulsion de caillots anciens, hémorrhagie abondante suivie d'une amélioration pendant laquelle persiste un écoulement sanguin peu abondant. — A la cinquième, augmentation temporaire de l'écoulement.— A la sixième, troisième hémorrhagie, suivie bientôt d'un mieux sensible et de la cessation du suintement sanguin. — A la septième, menstruation pénible. — A la huitième, menstruation régulière qui fait disparaître le plus grand nombre des accidents persistant depuis si longtemps. — Hypertrophie du col utérin.— Récidive ultérieure des accidents.*

Le 5 février 1847, entre à la Pitié, dans le service de M. Piédagnel, salle Saint-Thomas, n° 12, Baude, âgée de trente-quatre ans, demeurant rue du Four-Saint-Germain, n° 37.

Cette femme, d'une petite stature (4 pieds à peine), maigre, chétive, paraît avoir le bassin bien conformé. L'enceinte formée par les os présente le développement qu'on trouve chez les femmes d'une stature ordinaire. Elle n'a eu dans sa jeunesse aucune affection scrofuleuse; on ne trouve rien dans la disposition des os qui puisse faire croire à un rachitisme antérieur. Sa constitution paraît assez bonne, bien que cependant elle n'ait jamais été vigoureuse. Réglée de bonne heure entre douze et treize ans; elle le fut régulièrement. Les menstrues revenaient tous les mois à peu près; elles coulaient pendant quatre jours, mais étaient accompagnées chaque fois de douleurs intenses. Mariée à vingt-quatre ans, elle a eu trois fausses couches, dont la dernière a eu lieu il y a six ans. Depuis cette époque les règles ont continué à revenir régulièrement, mais elles s'accompagnaient toujours de douleurs vives.

Le 20 octobre dernier, les règles, après avoir coulé pendant vingt-quatre heures, s'arrêtent sans cause connue. Aussitôt les douleurs devinrent plus intenses, mais se calmèrent au bout de quelques jours.

Le 20 novembre, les règles ne paraissent pas; la malade éprouve des douleurs plus vives qu'aux époques menstruelles précédentes, et suivant le récit de la malade, ces douleurs étaient semblables à celles qu'elle avait ressenties dans ses fausses couches. Au bout de deux jours, aux tranchées utérines succède une douleur d'un caractère plus aigu qui n'occupe plus seulement le bassin et les lombes, mais l'abdomen tout entier. La malade est prise en même temps de vomissements, de constipation, de fièvre intense. Le médecin qui la voit pratique une saignée, fait appliquer quatre-vingt-quinze sangsues en trois fois.

Cette médication énergique amène une amélioration sensible, mais cepen-

dant cette femme reste très malade, pouvant à peine se lever pendant quelques heures chaque jour, éprouvant toujours des douleurs intermittentes analogues à celles qu'elle avait endurées lors de ses fausses couches. Sept semaines à peu près après le début de la péritonite, les douleurs utérines s'exaspèrent de nouveau ; elles donnent lieu à la sortie par la vulve de coagulums sanguins. L'expulsion de cette espèce de chair blanchâtre est suivie d'une perte abondante qui a commencé à diminuer depuis sept ou huit jours seulement, lorsque la malade entre à l'hôpital où elle présente l'état suivant :

Facies anxieux, portant l'empreinte d'une souffrance vive; douleurs très pénibles, intermittentes, sortes de crampes que la malade ressent d'abord à la région lombaire et qui de là se portent vers le bassin.

L'abdomen offre une sorte d'aplatissement général qui paraît dû à une saillie assez prononcée qui est située à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tuméfaction, terminée supérieurement par un plan assez régulier, est dure, ferme; elle paraît constituée par une tumeur qui ne se prolonge pas dans les fosses iliaques, qui, bien que tendues, ne présentent pas de tuméfaction notable. Une sonde introduite dans la vessie permet de reconnaître que ce n'est pas au développement de cet organe qu'est due la tuméfaction sus-pubienne. Cet organe paraît d'un petit volume non-seulement au moyen du cathéter, mais encore par le toucher vaginal.

Ce toucher fait constater un abaissement de la partie inférieure du col utérin dont les deux lèvres augmentées de volume présentent leur direction normale. Mais lorsqu'on porte le doigt et qu'on déprime la partie antérieure du cul-de-sac vaginal, on trouve que le corps de l'utérus forme avec le col allongé un angle très obtus dont le sinus est dirigé en avant. Le volume et le poids de cet organe paraissent doubles au moins de ce qu'ils sont dans l'état naturel. La mobilité de la matrice est très bornée ; les mouvements de soulèvement, plus étendus que ceux de latéralité, sont facilement sentis par la main appliquée sur la tumeur sus-pubienne ; de même les pressions faites sur cette tumeur se transmettent directement au doigt appliqué sur le col. Toutes ces recherches sont difficilement supportées par la malade, parce qu'elles augmentent beaucoup l'intensité des douleurs. Écoulement sanguin peu abondant, qui paraît n'être qu'une sorte de suintement continu.

Anorexie, soif modérée ; pas de douleur épigastrique, ni de coliques. Constipation habituelle ; défécation accompagnée de douleurs vives. Douleurs plus vives encore pendant la miction, qui a lieu fréquemment, à laquelle la malade ne peut résister et qui est suivie de ténesmes vésicaux. Fourmillement dans la partie supérieure des cuisses, dont les mouvements sont faciles.

Pouls petit, fréquent sans qu'il paraisse être fébrile ; température de la peau naturelle. Pas de frissons le soir. — Prescription : Repos au lit, tilleul; bain prolongé, cataplasmes sur le ventre. Aliments, un cinquième.

Dans les jours suivants la position de la malade s'améliore, son état général

est meilleur ; la figure reprend une expression naturelle ; elle mange la demi-portion, les fonctions digestives s'exécutent bien ; les douleurs qui accompagnent la défécation sont moins vives, mais la miction est toujours aussi douloureuse. Le volume de la tumeur diminue sensiblement, sans que cependant la tuméfaction sus-pubienne et l'antéflexion soient modifiées. L'écoulement sanguin persiste avec les mêmes caractères, ainsi que les douleurs utérines.

Le 18 février, la malade éprouve un malaise plus grand, le sentiment de pesanteur ressenti dans le bassin augmente, les épreintes utérines sont plus fréquentes et plus énergiques.

A cette aggravation de symptômes succède une hémorrhagie abondante qui dure huit jours. A la suite de cette perte, la malade se trouve fatiguée, affaiblie. On remarque dans son état les changements suivants : On peut déprimer la région sus-pubienne, où n'existe plus de tuméfaction. L'utérus s'est porté dans la fosse iliaque droite, où il est facile de sentir le fond de cet organe. Son col est plus abaissé, mais en même temps plus incliné à gauche; les lèvres, toujours tendues, circonscrivent son ouverture, qui est dirigée de telle sorte que son extrémité gauche est portée en avant et un peu en haut ; de l'orifice utérin s'échappe continuellement une petite quantité de sang, mais plus considérable qu'avant le début de l'hémorrhagie. L'utérus se déplace plus facilement ; non-seulement on peut le soulever, mais lui imprimer quelques mouvements de latéralité, sans que cependant on puisse le ramener à sa direction normale. Les mouvements imprimés au col ou les pressions exercées sur le fond de la matrice sont alternativement sentis par l'autre main. En déprimant la fosse iliaque gauche, on sent, mais d'une manière obscure, un induration mal circonscrite du ligament large, qui est mieux perçue lorsqu'on porte le doigt dans la partie gauche du cul-de-sac vaginal, et surtout lorsque l'on combine les deux modes d'exploration. — Prescription : Repos, tilleul ; bains, cataplasmes, injections émollientes. Aliments, deux cinquièmes.

16 mars. — La malade, dont la santé générale était devenue meilleure depuis que l'écoulement sanguin était réduit à quelques gouttes, voit de nouveau ses douleurs devenir plus intenses. Cette recrudescence est suivie d'une hémorrhagie moins considérable que celle du 18 février, contenant surtout une moins grande quantité de caillots sanguins. Cette perte dure cinq jours, au bout desquels elle n'est plus qu'un écoulement sanguin analogue à celui qui avait lieu chez cette femme dans les derniers jours des règles. — Même prescription.

30 mars. — La malade se trouve bien ; état général assez bon, facies légèrement coloré ; appétit assez vif, fonctions digestives régulières, défécation sans douleurs. Miction fréquente de quelques gouttes seulement, suivie encore de ténesmes vésicaux.

Pesanteur dans le bassin ; douleurs utérines intermittentes, revenant spontanément, rappelées par la station, la pression de l'utérus et surtout par l'ex-

ploration vaginale. Tout écoulement sanguin a disparu depuis hier; son linge a cessé d'être taché en rouge. L'utérus est placé de nouveau derrière le pubis, qu'il dépasse d'un travers de doigt. Le col utérin, toujours très abaissé, est fortement dirigé en arrière vers le rectum, de sorte qu'il faut porter le doigt entre lui et la paroi postérieure du vagin, et le ramener en avant, pour pouvoir l'examiner. Cette partie de l'organe a aussi sensiblement diminué de volume; ses deux lèvres, plus minces, sont rapprochées et réduisent l'orifice à n'être aujourd'hui qu'une simple fente. Le col, très long, ne présente plus cette disposition angulaire qu'il offrait lors du premier examen; il se continue en ligne droite avec le corps de la matrice dirigé en avant, et dont le fond vient, comme nous l'avons indiqué, se mettre en rapport presque immédiat avec la symphyse pubienne. Mobilité assez grande de l'utérus, lorsqu'on cherche à le soulever ou à le porter d'un côté ou de l'autre. Fourmillements aussi marqués dans la partie supérieure des cuisses. Pas de fièvre. — Même prescription.

La malade se trouve de mieux en mieux. Le 9 avril, bien que les symptômes locaux se trouvent les mêmes et qu'elle éprouve toujours des douleurs utérines, elle veut sortir de l'hôpital.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent sa sortie, elle se trouva bien, quoique cependant elle ait eu l'imprudence de faire à pied des courses assez longues, et d'avoir des rapports sexuels qui furent horriblement pénibles. Le troisième jour, la pesanteur du bassin devint plus marquée; les contractions utérines, très douloureuses, se renouvelèrent pour ainsi dire de moment en moment, et un petit écoulement de sang commença à avoir lieu.

Le 11 avril, elle vint très péniblement jusque chez moi; pendant ce court trajet, elle était obligée de se tenir presque courbée en deux à cause de l'augmentation de la pesanteur qu'elle ressentait dans le bassin, et parce que chaque pas rappelait les contractions utérines et augmentait l'engourdissement des cuisses.

Facies pâle, anxiété; anorexie, ni nausées, ni vomissements; facile digestion du lait et des bouillons qu'elle a pris; pas de coliques; défécation de nouveau très douloureuse; miction toujours très pénible.

Abdomen souple dans sa partie supérieure, tendu inférieurement, surtout dans les deux fosses iliaques dont la pression est très difficilement supportée. L'utérus dépasse de deux travers de doigt le pubis. L'antéflexion ne s'est pas reproduite, mais l'antéversion est très marquée. Mobilité de cet organe presque nulle, bien que cependant on ne trouve pas sur ses côtés d'engorgement qui le maintienne dans cette position. Col utérin très bas, volumineux, chaud, surtout la lèvre postérieure, entr'ouvert, donnant continuellement passage à une petite quantité de sang. Toutes ces explorations très pénibles exaspèrent les douleurs utérines, qui existent aussi très violentes dans l'état de repos.

Pouls petit, faible, température de la peau normale. — Prescription

Repos, tilleul; bain prolongé, injections guimauve et pavot, cataplasmes laudanisés sur le ventre. Diète.

Le 17, les accidents ont augmenté; la malade est dans un état d'anxiété continuel; du col entr'ouvert il ne s'écoule toujours que quelques gouttes de sang. Pas de fièvre. — Prescription : Forte infusion d'absinthe, fumigations d'armoise répétées toutes les deux heures, repos absolu. Bouillons.

Le soir, l'écoulement sanguin commence à devenir plus abondant : il continue le lendemain plus considérable qu'il n'est ordinairement le premier ou le second jour des règles. Les contractions utérines sont plus énergiques, mais elles sont surtout régularisées, séparées les unes des autres par des moments de calme pendant lesquels elles cessent complétement. Cette hémorrhagie dure cinq jours, au bout desquels persiste seulement l'écoulement de quelques gouttes de sang qui tache le linge pendant tout le reste du mois. Pendant tout ce temps, contractions utérines intenses, ténesmes vésicaux, fourmillements dans la partie supérieure des cuisses. Cependant la malade peut vaquer en partie aux soins de son ménage. Bain tous les deux jours, injections émollientes.

30 avril. — La malade est plus fatiguée, elle ressent les différentes incommodités qu'elle éprouve à l'approche des règles. Le sentiment de pesanteur qui existe dans le bassin a augmenté depuis la veille; le volume et la disposition de l'utérus sont à peu près les mêmes que ceux que l'on a constatés lors de la sortie de l'hôpital.

Infusion d'absinthe, fumigations d'armoise matin et soir. Repos, bouillons, potages.

2 mai. — La malade me fait appeler en toute hâte à cinq heures du matin. Les symptômes sont restés les mêmes pendant toute la journée d'hier. Ce matin, syncopes incomplètes sans perte de connaissance revenant au moindre mouvement; coliques utérines très vives. L'utérus, augmenté de volume, dépasse le pubis de la largeur de deux travers de doigt; l'orifice utérin ne laisse pas échapper une quantité de sang notable. L'ingestion d'une potion contenant 12 gouttes d'éther et l'apposition de cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs font disparaître les menaces de syncope; la face se colore, le pouls se relève, la température de la peau, de froide qu'elle était, devient moite, le sang commence à fluer assez abondamment de l'utérus, les tranchées utérines diminuent.

L'écoulement sanguin persiste abondant pendant huit jours, il cesse complétement le neuvième. Pendant tout le mois, la malade va, vient sans être gravement incommodée. Elle éprouve seulement un peu de pesanteur vers le fondement et quelques douleurs lombaires. La défécation, la miction ont lieu sans douleur, les engourdissements de la partie supérieure des cuisses ont cessé.

3 juin. — Après quelques malaises, les règles paraissent légèrement dou-

loureuses; elles ne donnent lieu à aucun accident. L'état de la malade est pendant ce mois ce qu'il était le mois précédent. Dans les derniers jours de juin, la malade ressent les prodromes habituels de la menstruation. L'écoulement se produit le 2 juillet; la malade n'est pas obligée d'interrompre son travail; depuis lors le même état satisfaisant a continué jusqu'au 20 décembre.

A cette partie de l'observation que j'ai publiée (*Arch. génér. de méd.*, 1848, t. XVII, p. 438 et suiv.) je dois ajouter que cette malade m'a fait appeler à la fin de 1848, pour une récidive de son affection, mais qu'elle était alors dans des conditions de fortune si malheureuses, que j'ai dû l'engager à aller à l'hôpital. Elle est entrée à la Pitié, mais dans un autre service que celui de M. Piédagnel, de sorte que je n'ai pu avoir la suite de son observation.

Observation XX. — *Sous l'influence d'un mauvais régime, leucorrhée abondante, premier retard menstruel. — Fatigues excessives, absence de menstruation : douleurs dysménorrhéiques violentes suivies d'un suintement intermittent de sang altéré; tuméfaction de l'utérus et des deux ligaments larges, surtout à droite; col volumineux, dur. — Rejet de caillots sanguins, amélioration. — Menstruation régulière. — Guérison trois mois après le début des accidents dysménorrhéiques.*

Le 24 novembre 1848, entre à la Pitié, dans le service de M. Piédagnel, salle Saint-Thomas, n° 6, Chenu (Eugénie), âgée de vingt-huit ans, demeurant rue Saint-Victor, n° 114. Elle est malade, nous dit-elle, depuis trois semaines seulement. Avant cette époque, cette femme, d'une stature moyenne, bien développée, ayant le bassin large et bien conformé, était assez bien portante, malgré la misère assez grande qu'elle éprouvait. C'est à la suite de fatigues excessives, dit-elle, que ses règles ne parurent point, et qu'alors se sont développés les accidents qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital.

Interrogée sous ce rapport, cette femme nous dit qu'elle a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans sans phénomènes notables; qu'ensuite les règles, peu abondantes, de deux jours de durée seulement, revinrent régulièrement jusqu'à son mariage, qui eut lieu à dix-huit ans. Presque aussitôt elle devint enceinte; la grossesse heureuse se termina à dix-neuf ans par un accouchement très pénible, à la suite duquel elle resta longtemps souffrante d'une déchirure du périnée. Cependant les règles reparurent six semaines après l'accouchement, malgré l'allaitement, et persistèrent régulières pendant les quinze mois que dura celui-ci. Alors deuxième grossesse, heureuse, qui se termine sans encombre par la naissance d'un enfant aussi bien portant que le premier; ils vivent tous deux. Mais cette fois les règles ne parurent pas avant le quatorzième mois de l'allaitement, qui, au lieu d'être suspendu lorsque l'enfant de cette femme put être sevré, fut continué, parce que, pour remédier à l'inconduite de son mari, elle se plaça nourrice. A partir du dix-hui-

tième mois de l'allaitement qui dura trois ans, les règles, par leur abondance et par leur prolongation pendant huit jours, devinrent de véritables pertes qui cependant n'altérèrent pas sensiblement la santé générale, grâce aux conditions hygiéniques les plus favorables possibles dans lesquelles cette femme se trouvait chez ses maîtres. Aussi, revenue près de son mari aussitôt l'allaitement fini, cette femme vit-elle ses règles reprendre leur régularité, leur abondance primitive, et ne plus durer que deux jours sans être, à cette époque, accompagnées de douleurs ni des flueurs blanches notables qui ont paru depuis. Nous n'avons pu déterminer à quelle époque ont débuté ces flueurs blanches, parce que cette femme a éprouvé une fièvre typhoïde assez grave, et qu'elle n'a pu nous indiquer si les flueurs blanches existaient avant ou se sont manifestées après cette maladie, depuis laquelle elle n'a jamais recouvré l'embonpoint qu'elle présentait auparavant. Toujours est-il que cet écoulement blanc, dont le début reste indéterminé, a peu à peu augmenté, mais n'a pris une abondance réelle que depuis quatre mois, où cette femme, par suite des calamités du temps, est tombée dans une assez grande misère, a eu un très mauvais régime et de fréquentes privations. Un mois après cette augmentation des flueurs blanches, en août ont paru des douleurs sourdes à la région lombaire, qui ont été remplacées par des souffrances cruelles qui ont duré toute la première semaine du mois de septembre, et n'ont disparu qu'au moment où le flux menstruel s'est produit. Le 1er octobre, les règles, en retard de huit jours, vinrent facilement et sans douleurs. Cette femme, immédiatement après leur cessation, pour gagner quelque argent, passa pendant trois semaines de suite toutes les nuits près d'une malade, et, pendant la dernière semaine, ne prit, pour ainsi dire, aucun repos ni jour ni nuit. Elle rentre alors dans son ménage, sept à huit jours avant l'époque où, suivant ses calculs, elle devait avoir ses règles. Pendant ces sept ou huit jours, elle n'éprouve aucune sensation particulière qui ait pu indiquer une conception, elle n'a aucun signe rationnel d'une grossesse commençante, ce à quoi elle attache une grande importance, parce que dans les deux grossesses antérieures des vomissements vinrent, dès le septième jour, lui révéler sa maternité ; cependant les règles, attendues le 27 ou le 28, ne viennent pas.

Le 1er novembre, la malade, quoiqu'elle n'ait pas d'écoulement sanguin, éprouve des douleurs utérines analogues à celles des menstruations, ou mieux semblables à celles qu'elle ressentait au milieu du travail de la parturition. Ces coliques utérines vont, les jours suivants, augmentant de telle sorte, qu'elle est obligée d'appeler un médecin qui croit à un avortement, malgré toutes les raisons alléguées par la malade contre la supposition d'une grossesse. Les douleurs deviennent tellement intenses, le 10, que la malade, trompée elle-même par la sensation de contraction que lui fait éprouver la matrice, finit par croire à la possibilité d'un avortement, mais à l'avortement d'un produit de conception qui ne pourrait avoir que dix à quinze jours d'existence. Cepen-

dant ces douleurs expulsives ne donnent lieu, ce 10 novembre, qu'à la sortie d'un peu de sang pâle, décomposé, dont l'écoulement cesse au bout d'une demi-heure de durée. Les douleurs persistent aussi violentes; elles ramènent, le 20, un écoulement présentant les mêmes caractères que celui du 10; il s'arrête dans la journée du 21, reparaît le 23, toujours très peu abondant et toujours constitué par du sang altéré. Ce dernier écoulement s'arrête de nouveau lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, revient le 26, accompagné de douleurs plus violentes que jamais, et alors intermittentes comme les grandes douleurs de l'accouchement, dont elles diffèrent seulement, dit la malade, en ce qu'elles ne poussent pas au bassin. Ces douleurs atroces continuent avec un faible écoulement jusqu'au 29, où se produit une perte assez abondante de sang rouge. Dès ce moment les douleurs expulsives diminuent sensiblement, mais la malade souffre davantage de la fosse iliaque, qui depuis son entrée à l'hôpital est devenue le siége d'élancements qu'elle n'avait jamais éprouvés avant cette époque, car jusque-là elle n'avait ressenti d'autres douleurs que les douleurs expulsives plus ou moins généralisées à tout le bas-ventre que nous venons d'indiquer. Un frisson éprouvé pendant la soirée du 28 ne se reproduit pas le 29; il est remplacé par des sueurs assez abondantes, malgré lesquelles la malade jouit, pour la première fois depuis le début de son mal, de quelques heures de bon sommeil. Le lendemain elle présente l'état suivant.

30 novembre. — L'excitation nerveuse qui existait a notablement diminué; la malade, plus calme, garde complétement le repos, elle répond plus tranquillement aux questions; cependant sa figure pâle exprime encore une assez grande anxiété.

Les douleurs utérines, beaucoup moindres, ne se réveillent plus violentes que par l'exploration de l'abdomen, dont le volume, et surtout la tension, ont sensiblement diminué depuis hier. — Ainsi le ventre, à peine ballonné aujourd'hui, est généralement assez souple, excepté dans la partie inférieure, dont les muscles se contractent assez énergiquement lorsqu'on cherche à déterminer le volume d'une tumeur située au détroit supérieur du bassin. Cette tuméfaction paraît composée de trois parties, dont deux peu considérables occupent, l'une la fosse iliaque gauche, l'autre la région pubienne, tandis que la troisième, plus volumineuse, parallèle au ligament de Fallope, ayant un demi-pouce de hauteur dans sa partie moyenne, forme en se détachant de la précédente une tumeur distincte très dure, très douloureuse au toucher. La palpation exaspère les élancements spontanés, qui sont devenus beaucoup plus pénibles depuis hier, alors que les contractions utérines, au contraire, diminuaient d'une manière notable. La tumeur, occupant la fosse iliaque droite, reçoit les mouvements imprimés à l'utérus, qui est très notablement abaissé, mais sans autre déviation appréciable, et semble, par suite de son augmentation de volume, être comme enclavé dans le bassin; il ne peut être porté dans aucun sens. Les lèvres allongées du col utérin, qui est très volumineux, très dur, mo-

dérément chaud, livrent passage par leur écartement à un écoulement blanchâtre qui depuis ce matin remplace l'écoulement sanguin tari, dont l'existence est attestée encore par des taches semblables à celles que produirait une forte dissolution de suie. Ténesmes après la miction ; fourmillements dans la partie supérieure des cuisses, surtout de la droite ; les mouvements de ce membre, bien que faciles, retentissent plus douloureusement dans la tumeur abdominale que ceux du membre inférieur gauche. Appétit nul ; soif modérée; quelques nausées, plus de vomissements ; constipation depuis quatre jours, avant lesquels la défécation était suivie de ténesmes. Pouls à 65-70 ; peau moite. (Prescription : Saignée de 4 palettes; lin émuls., catapl. Diète.)

5 décembre. — Amélioration très sensible depuis la journée du 2, où, à la suite d'une application de 10 sangsues sur la fosse iliaque droite, a eu lieu l'expulsion de caillots assez nombreux qui ne présentaient aucun caractère des produits de conception. Cette émission de caillots, continuée le 3, s'est graduellement arrêtée le 4 ; depuis ce moment, la quantité de sang liquide qui, pour ainsi dire, servait de véhicule à ces caillots, a elle-même peu à peu diminué, de telle sorte que cet écoulement est aujourd'hui très peu abondant. La malade se trouve bien ; les douleurs utérines sont rares ; les élancements de la fosse iliaque sont également beaucoup moindres. L'abdomen, souple, est généralement indolent, excepté dans la fosse iliaque droite, où l'on trouve encore une contracture musculaire assez énergique, tandis que toute tension a disparu des régions iliaque gauche et sus-pubienne, dans lesquelles on ne trouve plus aucune tuméfaction appréciable. Dans la fosse iliaque droite, au contraire, on constate encore l'existence d'une tumeur dure, parallèle au ligament de Fallope, ayant encore un pouce de hauteur, mais qu'on ne peut plus atteindre par le toucher vaginal. Cette exploration permet d'apprécier seulement que le cul-de-sac de ce côté présente moins de profondeur que celui du côté opposé, mais sans qu'on puisse, en déprimant fortement cette partie, arriver jusqu'à l'induration sentie par la palpation abdominale. L'utérus, d'un volume moitié moindre que lors du premier examen, moins abaissé, a récupéré en grande parties a mobilité ; le col est souple, élastique ; ses lèvres, ramollies, largement béantes, laissent échapper une petite quantité de sang rouge vermeil. Miction assez rare, trois fois dans les vingt-quatre heures, suivie encore de ténesmes ; tandis que les fourmillements ont complétement cessé dans les membres inférieurs. Appétit très vif depuis deux jours ; soif modérée ; digestion assez bonne, troublée seulement par quelques coliques après l'ingestion des boissons froides. (Catapl., lin émuls. — Deux cinquièmes.)

7 décembre. — L'amélioration continue ; la malade se trouve bien ; spontanément elle n'éprouve ni douleurs expulsives ni élancements, mais elle ressent encore, lorsqu'elle veut se mettre sur son séant, une sensation de pesanteur dans le bassin et même bientôt le retour de douleurs qui sont également réveillées par la pression. La tuméfaction iliaque a sensiblement

diminué sous l'influence de l'écoulement de sang rouge qui persiste, mais assez peu abondant pour ne tacher qu'une alèze dans les vingt-quatre heures. Fonctions digestives bonnes; une selle normale rendue sans douleurs; miction facile sans ténesme; pas de fièvre; souffle dans les carotides. (Tisane de ratanhia. — Un cinquième d'aliments.)

Le 11, la malade se trouve beaucoup plus mal depuis le 9 au soir, époque à laquelle l'écoulement sanguin s'est arrêté pour ne plus paraître qu'à de courts intervalles très éloignés les uns des autres, et alors peu abondant. Les deux nuits suivantes et la journée d'hier ont été très mauvaises, à cause des douleurs, sortes de coliques qui du creux de l'estomac se répandaient dans tout le ventre; ténesmes après la miction; fourmillements dans les cuisses; élancements dans la fosse iliaque dont la tumeur a augmenté de volume, de manière à avoir de nouveau un pouce de hauteur dans la partie moyenne. Cette tuméfaction allongée, ferme, élastique, ne présente pas de fluctuation lors des explorations abdominales, mais il semble qu'on en perçoive une obscure par des pressions alternatives faites en combinant le toucher vaginal et la palpation extérieure; on peut ainsi non-seulement communiquer des mouvements à cette tumeur qui paraît comme distendue par un liquide, mais en apprécier aussi assez exactement la hauteur. Ces explorations du cul-de-sac vaginal droit, moins profond que celui du côté opposé, sont très pénibles, réveillent des douleurs qui ne se manifestent pas par les mouvements imprimés à l'utérus. Celui-ci, toujours un peu abaissé, s'est légèrement dévié, de telle manière que son bord droit regarde en avant, et que le col s'incline à gauche; il offre une légère augmentation de volume, surtout de son col, dont la lèvre antérieure est assez fortement tuméfiée. Appétit léger; pas de nausées ni de vomissements; quelques coliques intestinales, constipation; frissons dans la soirée d'hier, actuellement peu de fièvre. (Tisane de ratanhia, julep diac.; pil. 0,05 d'opium. — Un cinquième d'aliments.)

Le 16. — Depuis le 14 la malade se trouve sensiblement mieux; les frissons ont cessé le soir, les nuits ont été bonnes; les douleurs expulsives, le sentiment de pesanteur ont disparu; les seules souffrances ont consisté en quelques élancements dans la partie inférieure de la région iliaque droite. Dans cette région on trouve encore une induration en rapport avec les parois abdominales, ayant à peu près un demi-pouce de hauteur, mince, élastique, mais sans aucune apparence de fluctuation; elle est inaccessible au doigt porté dans le cul-de-sac vaginal droit, qui reste moins dépressible que celui du côté opposé. L'utérus offre le même état; seulement les lèvres du col, moins tuméfiées, entr'ouvertes, laissent suinter quelques gouttes de sang rouge vermeil dont l'écoulement recommence depuis quatre jours, et a été assez peu abondant pour tacher seulement une alèze. Miction facile sans ténesmes; plus de fourmillements dans les membres inférieurs; appétit très vif, soif modérée; pas de coliques; une selle copieuse rendue sans douleurs, normale, diffé-

rant en cela des huit précédentes, qui étaient très pénibles et striées de sang. (Lin émuls.; catapl. laud.; frict. avec pommade iodurée. — Un cinquième d'aliments.)

Le 29, l'amélioration a été continuant, bien que depuis le 24 l'écoulement sanguin, réduit d'abord à quelques gouttes, se soit complétement arrêté. Après quelques douleurs assez vives ressenties le 25 et le 26, la malade a, pour ainsi dire, cessé de souffrir; aujourd'hui elle se plaint seulement de quelques maux de reins assez légers. L'abdomen, souple, est généralement indolent, excepté dans la partie inférieure où la pression réveille un peu de sensibilité, surtout lorsqu'on cherche à limiter la tumeur encore assez volumineuse qui existe dans la fosse iliaque; elle est aujourd'hui difficile à circonscrire parce qu'elle a cessé d'être en rapport avec les parois abdominales. En déprimant extérieurement cette tumeur, on communique des mouvements à l'utérus, qui offre toujours une légère augmentation de volume; le col de l'utérus tuméfié est toujours situé assez bas et un peu incliné à gauche, il est le siége d'un faible écoulement blanc. Appétit assez vif, soif modérée; plus de douleurs après la miction, la défécation est normale. Pas de fièvre. (Lin émuls.; catapl.; repos. — Deux cinquièmes d'aliments.)

La malade sort le 30 décembre de l'hôpital. Elle garde le repos au lit chez elle pendant quinze jours, puis le reprend dans les derniers jours de janvier, époque à laquelle les règles, après quelques jours de douleurs, viennent régulièrement. Depuis lors les restes de l'induration iliaque ont été graduellement disparaissant, ce que j'ai constaté en allant la voir assez souvent en sortant de l'hôpital. J'avais cessé depuis assez longtemps de voir cette malade, lorsqu'elle me fit appeler en juin 1849 pour une attaque de choléra assez grave dont elle a guéri. Avant le choléra sa santé était revenue généralement assez bonne, les menstruations étaient régulières; elle éprouvait seulement quelques douleurs assez vives lors des règles, et dans l'intervalle des douleurs lombaires qui augmentaient quand elle marchait beaucoup ou faisait des travaux pénibles, ce qui lui arrive souvent.

En 1855, cette femme me fit appeler pour voir sa plus jeune fille qui se mourait d'une fièvre typhoïde; quant à elle, elle jouissait d'une santé complétement bonne; les menstruations étaient régulières, sans douleurs; elle avait pris de l'embonpoint depuis que sa position de fortune est devenue meilleure. Mais il est à noter que depuis sa rétention menstruelle elle n'a pas eu d'enfants, bien qu'elle ait désiré en avoir.

OBSERVATION XXI. — *Deux ans après l'établissement de la menstruation, toujours difficile, suppression des règles déterminée par l'immersion des membres supérieurs dans l'eau froide. — Récidive trois fois répétée des mêmes accidents terminés chaque fois par le retour de l'écoulement sanguin. — Quatrième récidive : Col volumineux; — dilatation de l'utérus; — tuméfaction du ligament large droit. — Au mois suivant, menstruation régulière. — Guérison.*

Le 1er août 1851, vint se présenter à la consultation du Bureau central Lacroix (Honorine), couturière, demeurant rue Saint-Éloi, 19, âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, d'une assez bonne constitution, ayant le bassin large et bien conformé, malade, nous dit-elle, depuis quelques jours seulement. Elle fait remonter le début de sa maladie au 25 juillet dernier, époque à laquelle ses règles attendues n'ont pas paru au dehors et ont donné lieu à des accidents semblables à ceux qu'elle a, à plusieurs reprises, éprouvés depuis l'âge de vingt ans, c'est-à-dire deux ans après la première menstruation.

Au moment de l'établissement de cette fonction, elle paraissait d'une assez bonne santé, lorsque après des douleurs violentes elle vit pour la première fois se produire l'écoulement menstruel formé de sang rouge, qui, après deux jours de durée, s'arrêta pendant quarante-huit heures de souffrances, pour reparaître de nouveau pendant deux autres jours, mais constitué alors seulement par un liquide roussâtre peu abondant. De dix-huit jusqu'à vingt ans, la menstruation revint régulièrement toutes les quatre semaines, mais présentant chaque fois les caractères offerts au début, c'est-à-dire d'être précédée de vives douleurs, de se faire en deux fois séparées par quarante-huit heures très pénibles, à la suite desquelles se produit le deuxième écoulement constitué par du sang altéré. A cet âge, elle va, le premier jour de ses règles, laver du linge dans l'eau froide: *l'écoulement s'arrête, des douleurs se manifestent;* elles sont bientôt si violentes, qu'au bout de quelques jours elles obligent la malade à entrer à l'hôpital de Troyes. Là, malgré l'application réitérée de sangsues sur le ventre, elle reste très souffrante pendant *trois semaines, au bout desquelles elle se trouve soulagée par la perte d'une assez grande quantité d'eau rousse.* Sortie de l'hôpital, elle reste pendant trois mois sans voir revenir ses règles, néanmoins indiquées chaque mois par des souffrances assez vives, qui enfin à la quatrième époque sont dissipées par un écoulement sanguin peu abondant. Dès lors la menstruation revient de nouveau régulière pendant dix-huit mois, mais accompagnée toujours de douleurs, et présentant toujours les caractères indiqués précédemment

Au bout de ce temps, sans cause déterminée, *seconde suppression*, pour laquelle elle est admise cette fois à l'hôpital de Châlons, où pendant plus de six semaines elle est en proie *à des douleurs excessives, qui, à la fin du*

deuxième mois, sont jugées par des règles abondantes, sorte de perte qui continue pendant huit jours. Cette perte est suivie d'un retour à la santé, qui persiste assez bonne jusqu'en février 1848, époque à laquelle la malade entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour un érysipèle assez grave qui n'apporte aucune modification défavorable à la régularité des règles, toujours douloureuses, mais assez abondantes depuis sa sortie de l'hôpital de Châlons.

Cet état continue jusqu'au printemps de 1850; mais alors, sans raison aucune, la menstruation annoncée par ses prodromes habituels *n'est suivie d'aucun écoulement*, bien que, le troisième jour après le début des accidents, on ait eu recours, à l'hôpital de la Pitié, à une application de sangsues faite à la partie interne et supérieure des cuisses. Des douleurs semblables à celles qu'elle a déjà éprouvées à deux reprises différentes persistent très vives pendant les trois semaines que la malade passe dans le service de M. Piorry; elles diminuent chez elle pendant les quinze jours suivants, puis reprennent une acuité extrême suivie presque aussitôt de l'apparition *de règles abondantes qui, cette fois encore, mettent fin à cette scène de souffrances.*

Depuis cette époque, les menstruations, peu abondantes, souvent plus douloureuses encore que précédemment, cessent de venir régulièrement : le flux se produit tantôt après trois semaines, tantôt après cinq semaines d'intervalle l'un de l'autre et sans présenter rien de fixe. Cette irrégularité des règles est devenue plus grande encore dans ces derniers mois: ainsi, en avril, aménorrhée complète, accompagnée seulement de douleurs modérées, mais caractérisées par un développement marqué du ventre et différents malaises qui font supposer une grossesse, dont jusqu'alors cette femme n'avait présenté aucun indice, malgré une cohabitation continue depuis plusieurs années. Au mois de mai, les règles paraissent pendant un jour, constituées d'abord par quelques gouttes de sang rouge, et ensuite par de l'eau roussâtre, dont l'écoulement, assez abondant, dure vingt-quatre heures seulement. La menstruation revient, le 1er juillet, assez abondante; à la suite de ce flux sanguin qui n'offre aucun des caractères de l'avortement, les douleurs abdominales et les malaises disparaissent, l'abdomen reprend son volume ordinaire, et la santé se rétablit complétement.

Elle était ainsi bien portante, le 24 juillet, lorsqu'elle éprouve les phénomènes prodromiques habituels de la menstruation, et en particulier les douleurs qui chez cette femme précèdent ordinairement le flux menstruel, qu'elle s'attend dès lors à voir paraître le lendemain. Mais le 25, sans cause connue, aucun écoulement n'a lieu; la pesanteur pelvienne augmente, des douleurs vives se font sentir à la région lombaire, au-dessus du pubis et dans les aines. Ces douleurs prennent chaque jour plus d'intensité; devenues très vives, elles s'étendent dans tout l'abdomen, s'exaspèrent par la pression et par le moindre mouvement, s'accompagnent de perte complète du sommeil et de l'appétit, de vomissement des aliments ingérés, et d'une excitation nerveuse

très marquée, pour lesquels on donne à la malade des conseils qu'elle se trouve dans l'impossibilité de suivre. Aussi, le lendemain, vaincue par la violence croissante des douleurs qui sont telles qu'elle peut à peine, courbée en deux, faire un pas, et qu'elle se tord pour ainsi dire de souffrance sur le banc d'attente, vient-elle solliciter elle-même son admission à l'hôpital, qu'elle a refusée la veille. Je la fais transporter à Bon-Secours, dans le service dont je suis provisoirement chargé, salle Sainte-Philomèle, 22, où elle présente le 3 août l'état suivant :

L'anxiété est moins marquée qu'hier ; la figure jaunâtre porte l'empreinte des douleurs abdominales vives qu'elle éprouve incessamment, qui ont cependant diminué d'une manière sensible par le repos absolu et l'application continuelle de cataplasmes sur le ventre prescrits depuis son entrée. Ces douleurs, caractérisées d'une part par une sensation continuelle de pesanteur pelvienne, et d'autre part par des sortes de coliques intermittentes qui des reins se portent vers le pubis et dans les aines, se réveillent plus vives par le moindre mouvement de la malade, qui reste autant que possible immobile dans le décubitus dorsal, mais se réveillent surtout par la pression du ventre qui est très difficilement supportée. L'abdomen, non météorisé, conservant sa forme et son volume normal, est souple supérieurement, tandis que sa partie inférieure offre une tension marquée et plus particulièrement marquée immédiatement au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques. Ces dernières parties très douloureuses sont non-seulement tendues, mais elles présentent une sensation de plénitude, de réplétion qui est plus distincte encore à droite qu'à gauche. Cette sensation se perçoit non-seulement par l'exploration abdominale, mais encore par le toucher, qui permet aussi de constater une ampliation notable du vagin médiocrement chaud, lubrifié seulement par du mucus. De l'orifice ovalaire du col, qui est sans déchirure de ses bords, et ne peut admettre l'extrémité de l'index, ne s'échappe aucune espèce de liquide. Cet organe, légèrement abaissé, d'une forme conique, sensiblement augmenté de longueur et de grosseur, est incliné d'une manière assez marquée à gauche. L'utérus, également augmenté de volume, peu mobile, excessivement sensible, offre une déviation analogue de sa face antérieure, qui regarde ainsi obliquement à gauche et ne peut être ramené à sa direction normale. Le cul-de-sac vaginal droit, augmenté d'étendue transversale, moins profond, se laisse cependant déprimer facilement, mais offre cette sensation de plénitude qui existe dans toute la partie inférieure du ventre, où l'on ne peut néanmoins circonscrire aucune tumeur. Plus de vomissements depuis hier, appétit nul ; une selle normale. Pouls naturel ; température de la peau bonne. (Prescription : Tilleul et oranger ; 15 sangsues sur la fosse iliaque droite ; cataplasmes. Diète.)

A la suite de cette application de sangsues, qui a été renouvelée le 5, la malade éprouve une légère amélioration indiquée par une intensité un peu moindre des douleurs utérines, mais surtout par la cessation complète de l'excitation

nerveuse et par le retour de l'appétit. Cette amélioration, sous l'influence du repos absolu, de l'emploi continuel des cataplasmes, de bains tièdes prolongés donnés chaque jour, continue jusqu'au 11, où la malade veut sortir de l'hôpital. Elle y rentre le 13 presque aussi souffrante qu'au début de son affection. Cette recrudescence, indiquée par des douleurs utérines excessives, par le retour de la tension de la partie inférieure du ventre, surtout de la fosse iliaque droite, cède à une nouvelle application de sangsues sur cette fosse iliaque. Sous l'influence des moyens employés précédemment : tilleul et oranger, cataplasmes, bains, diète assez sévère, on voit reparaître l'amélioration obtenue avant le 11; elle devient même telle à partir du 15, que les douleurs utérines cessent à peu près complétement, et que la malade se plaint presque uniquement d'une sensation de pesanteur très marquée dans le bassin. Il y a toujours absence d'écoulement quelconque par le col, qui, ainsi que l'utérus et ses annexes, présente au toucher les signes indiqués précédemment. Cet état persiste jusqu'au 19, où la malade est prise de fièvre; le 20, développement sur le nez d'un érysipèle qui, le 21, envahit la joue droite, le 22 le front, pour se propager le 23 au cuir chevelu, malgré l'emploi réitéré de purgatifs.

Pendant ces entrefaites, la malade sent renaître pendant la journée du 22 les douleurs abdominales apaisées depuis huit jours. Non-seulement elle éprouve des coliques intermittentes, qui des reins se portent vers le pubis et les aines, mais aussi des élancements dans la fosse iliaque droite, qui se propagent non-seulement dans la partie supérieure de la cuisse, dont l'extension est par instants impossible, mais même jusqu'au genou et au pied correspondant. Ces coliques, comme les désigne la malade, durent jusqu'au matin, où elles amènent un écoulement sanguin peu abondant qui s'arrête après quelques heures de durée. Les contractions utérines, moins vives pendant le flux, conservent après son interruption ces caractères jusqu'à trois heures de l'après-midi, où elles reprennent une intensité telle que la malade se tord de douleur et se roule dans son lit sans pouvoir modérer l'atrocité de ses souffrances; elles s'apaisent enfin vers huit heures du soir avec le retour de l'écoulement sanguin, qui se produit alors très abondant. L'écoulement persiste ainsi toute la nuit, accompagné de peu de douleurs, excepté à trois reprises, où elles deviennent momentanément très intenses, constituent des crises de coliques qui sont suivies chacune de l'expulsion d'un caillot fibrineux de la grosseur du pouce, après laquelle le flux de sang recommence avec les mêmes caractères. Sous l'influence de tisanes, de fumigations d'armoise et de cataplasmes, il continue aussi abondant le 24 et le 25, pendant lequel a lieu l'expulsion d'un dernier caillot, qui, semblable aux trois précédents, n'offre aucune analogie avec un produit de conception. Dès lors toutes les douleurs diminuent graduellement, ainsi que l'abondance de l'écoulement sanguin, qui s'arrête dans la nuit du 27 au 28. Il a complétement cessé lors de la visite de ce dernier jour, où l'on trouve la malade encore un peu pâle et affaiblie;

les douleurs sont presque nulles, ne se réveillent plus ni par les mouvements ni par la pression, ce qui permet de constater que la tumeur et la réplétion des fosses iliaques ont complétement disparu. On trouve seulement une augmentation de volume de l'utérus, mais surtout du col, qui tous deux sont revenus à leur position normale; à cette augmentation de volume paraît se rattacher la sensation de pesanteur pelvienne que la malade continue à éprouver. L'appétit a reparu depuis la cessation de l'érysipèle, qui à sa suite a laissé une blépharite légère; il est très vif aujourd'hui. La malade se trouve bien; malgré toutes les instances, elle veut quitter l'hôpital.

Quinze jours après, je revois cette malade au Bureau central; elle se trouve bien, malgré la persistance de la blépharite; le teint est moins pâle, les forces sont bonnes. Le sentiment de pesanteur pelvienne qu'elle conservait lors de sa sortie a disparu après un écoulement d'eau roussâtre qui a commencé le 29 et a duré quarante-huit heures. L'utérus a sensiblement diminué de volume, mais il n'en est pas de même du col, qui est presque double de l'état normal; il reste un peu d'écoulement blanc dont la malade ne veut pas se préoccuper parce qu'elle n'éprouve aucune douleur dans le bas-ventre et qu'elle peut vaquer à toutes ses occupations.

Cette malade est venue une dernière fois me trouver au Bureau central, quelques jours après la menstruation suivante, qui cette fois a été régulière, mais a présenté néanmoins les particularités habituelles indiquées plus haut, c'est-à-dire de se faire en deux fois.

OBSERVATION XXII. — *Cancer du col utérin dont l'orifice est en même temps légèrement tourné à droite. — Rétention sanguine : augmentation de volume de l'utérus; douleurs expulsives très violentes pendant cinq jours, suivies de l'expulsion d'un caillot gros comme un œuf de pigeon et de sang liquide. — Diminution de volume de l'utérus. — Cessation des douleurs. — Le mois suivant, retour des mêmes accidents, jugés de même par le retour de l'écoulement sanguin, qui semble être l'écoulement menstruel exagéré, à cause de la correspondance exacte des époques.*

Le 12 décembre 1847 entre à la Pitié, dans le service de M. Piédagnel, salle Saint-Thomas, n° 28, Bernard (Marie), âgée de trente-huit ans, demeurant rue Beaubourg, née à Paris de parents qui ne paraissent pas avoir présenté d'affections cancéreuses. Cette femme, d'une stature moyenne, d'une constitution délicate, habituellement pâle, a cependant toujours joui, nous dit-elle, d'une assez bonne santé jusqu'au mois de juillet dernier. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, sans avoir éprouvé aucune incommodité notable; depuis, les règles sont revenues régulièrement tous les vingt-sept jours et duraient médiocrement abondantes trois à quatre jours.

Mariée à dix-huit ans, sa vie a été régulière ; elle devint cinq fois enceinte ; les grossesses et les accouchements furent naturels. Heureuse en ménage, elle n'a eu d'autres chagrins que la perte successive de ses enfants, qui, comme tous les enfants de la famille de son mari, furent emportés par des affections cérébrales d'assez longue durée. La perte du dernier de ses enfants, survenue pendant qu'elle avait ses règles, a, au dire de la malade, exercé une influence sur la menstruation ; car depuis cette époque (trois ans), l'écoulement, au lieu de durer trois jours, s'est prolongé pendant huit, mais en conservant sa régularité. Depuis la même époque, les douleurs de reins qu'elle éprouvait avant l'apparition du flux sont devenues plus marquées, puis bientôt des élancements se sont fait sentir dans les mêmes circonstances ; mais toujours ces coliques utérines et les élancements disparaissaient quand le flux commençait à se produire au dehors. Les douleurs précédant l'écoulement des règles allèrent augmentant jusqu'à devenir violentes au mois de juillet dernier, où, suivant la malade, a eu lieu la dernière menstruation. Ce fut huit à dix jours après cette dernière menstruation que survint sans cause connue une première perte. L'hémorrhagie, qu'aucun des prodromes habituels des règles n'avait précédé, peu abondante d'abord, augmenta bientôt et se prolongea pendant trente jours. Depuis, les pertes se sont renouvelées tous les quinze jours, ou pour parler plus exactement, la malade n'est plus restée que huit ou dix jours exempte d'écoulement sanguin, puis son linge commençait à être taché de quelques gouttes qui constituaient au bout de quelques jours un véritable flux d'une dizaine de jours de durée. Bientôt le teint, déjà pâle, a commencé à devenir blafard, puis à prendre une teinte jaune verdâtre ; les forces se sont perdues ; elle a été tourmentée d'accidents nerveux, d'oppressions, de palpitations qui étaient rappelées par la moindre cause. Les digestions, devenues pénibles, se sont accompagnées de douleurs, et enfin elle a éprouvé quelques élancements dans le sein gauche, resté plus volumineux depuis son dernier allaitement. Ce sont ces troubles nerveux plutôt que les pertes qui ont inquiété la malade, parvenue, croyait-elle, à son âge critique, et ce sont ces accidents qui l'ont engagée à demander son admission à l'hôpital.

Le soir même de son entrée, la malade voit reparaître la métrorrhagie arrêtée depuis quinze jours. Cette perte, que le toucher fait considérer comme symptomatique d'une affection organique du col, continue abondante malgré le repos et l'usage d'astringents, puis elle diminue pour cesser complétement le 25 décembre, sans avoir rien présenté de notable.

29 décembre. — La malade se plaint d'éprouver à la région lombaire des douleurs vives, qui de là se dirigent vers le fondement. L'abdomen, assez volumineux, présente inférieurement une sensibilité assez vive et une tension de la partie inférieure des muscles droits, de l'hypogastre et des fosses iliaques. Cependant la palpation ne fait constater aucune tumeur dans ces régions ; l'utérus dépasse le pubis d'un travers de doigt, le toucher montre le col situé à sa hau-

teur normale, légèrement incliné à droite. La lèvre antérieure, augmentée de volume, offre une dureté comme fibreuse qui se prolonge dans la face antérieure de l'utérus et occupe un pouce à peu près de la moitié gauche de cette face. Cette induration inégale, bosselée, est surmontée par une végétation de la grosseur et de la forme d'une mûre, dont la base sort en partie de l'orifice utérin, dans lequel on peut introduire l'extrémité de l'index. — Cette végétation, très ferme et très dure, vue au spéculum, est d'un blanc jaunâtre, analogue à une verrue ancienne. Les culs-de-sac latéraux du vagin sont libres, mais le gauche est plus étendu que celui du côté opposé ; lorsqu'on essaye de le déprimer, on est bientôt arrêté par une surface indurée. Cependant la matrice est assez mobile, mais les mouvements qu'on lui communique réveillent et excitent très vivement les douleurs intermittentes qui de la région lombaire se portent vers le fondement. Pas d'écoulement sanguin; le doigt présente seulement une légère couche de mucus vaginal sans odeur spécifique. Constipation, pas de ténesmes vésicaux ni de fourmillements dans la partie supérieure des cuisses.

Les douleurs augmentent d'intensité le 30 et les jours suivants; pas d'écoulement sanguin.

2 janvier. — La malade est dans un état d'angoisse continuel; la face se colore par instants, mais pour un moment seulement; depuis quatre nuits elle n'a pas dormi. Appétit nul, langue blanche, soif assez vive. Constipation, douleurs après la miction.

Sensibilité vive de la partie inférieure de l'abdomen, où l'on trouve une tumeur, assez régulièrement arrondie, occupant la région médiane, *dépassant de quatre travers de doigt le pubis.* Pas d'engorgements des fosses iliaques. Abaissement du col utérin, dilatation du bas-fond de l'utérus; légère augmentation de température de toutes ces parties, les artères ont des pulsations sensibles. Le doigt retiré présente aujourd'hui des macules de sang rouge, sans odeur spécifique; le sang s'écoule de l'orifice utérin, qui est plus dilaté que ces jours précédents; la lèvre antérieure, bien que légèrement ramollie, offre une résistance beaucoup plus marquée que la lèvre postérieure. Cette dureté est surtout considérable dans la partie du col qui est surmontée par la végétation cancéreuse. L'utérus, augmenté de poids, est difficilement soulevé; chaque mouvement d'ascension qu'on lui imprime se communique à la partie de cet organe qui fait saillie au-dessous de l'ombilic, et *vice versâ.* Toutes ces recherches, pénibles, exaspèrent les douleurs intermittentes très vives que la malade éprouve sans relâche, tant elles se succèdent rapidement. Pouls petit (92). Légère augmentation de la température de la peau, qui est moite. — Prescription : Repos absolu. Tilleul et oranger; cataplasmes sur l'abdomen. Bouillons.

3 janvier. — La malade se trouve soulagée; les douleurs intermittentes, semblables à celles d'un accouchement, sont moins vives depuis que la malade a émis, au milieu d'un flot de sang rouge, un caillot de la grosseur d'un œuf

de pigeon, ferme, en tout semblable aux caillots qu'on trouve dans le cœur (*post mortem*). Écoulement sanguin assez abondant; la tumeur formée par le fond de l'utérus présente une légère diminution de volume.

12 janvier. — Les douleurs semblables aux douleurs de la parturition ont continué très intenses le 4, le 5 et le 6, pendant lesquels avec du sang liquide ont été expulsés des caillots sanguins nombreux, mais d'un petit volume. Puis les crampes utérines ont été diminuant; depuis trois jours elles n'existent presque plus; l'écoulement sanguin, très peu abondant hier matin, a cessé dans la soirée. La malade a pu, pour la première fois depuis le commencemen de cette crise de douleurs expulsives, goûter un sommeil paisible.

Aujourd'hui le facies a cessé d'être anxieux; pâleur blafarde, verdâtre. Intelligence nette; tournoiement continuel : il semble incessamment à la malade qu'elle va perdre connaissance. Bourdonnements d'oreilles. Appétit, soif modérée. La sensation d'une barre qui comprimerait la base de la poitrine, dont la malade se plaignait, n'existe plus aujourd'hui. Pas de coliques. Constipation opiniâtre qui exige des lavements qui sont rendus sans douleurs. Miction facile sans ténesmes. L'abdomen, assez volumineux, souple au commencement de l'examen, offre bientôt une légère augmentation de volume et une tension due à la contraction des muscles abdominaux qui se réveille sous l'impression des mains. La tuméfaction que présentait la partie inférieure du ventre a presque complétement disparu. On trouve seulement au-dessus du pubis une saillie d'un travers de doigt et demi qui est formée par l'utérus; la pression de cette tuméfaction se communique au col utérin.

Cet organe offre toujours une augmentation de volume due à la tuméfaction de la lèvre antérieure; cette lèvre a perdu le ramollissement qu'elle offrait ces derniers jours; elle est dure, fibreuse, bosselée; son induration, augmentée d'étendue, se prolonge plus loin dans la partie gauche de la face antérieure de la matrice qu'avant la perte. Le cul-de-sac vaginal gauche offre aussi une ampliation plus considérable, et sa profondeur a encore diminué. L'orifice est aussi plus dévié à droite, il permet l'introduction de l'index. On sent dans l'intérieur de cet orifice quelques végétations analogues à des bourgeons charnus. Des fongosités semblables existent sur les deux lèvres, elles sont plus nombreuses sur la lèvre antérieure où elles tranchent par leur mollesse avec la saillie indurée existant depuis longtemps. Ces recherches, facilement supportées, ne donnent pas lieu à des contractions utérines; la malade dit n'en plus éprouver; elle n'a pas de douleurs lancinantes. [illegible] ment; le doigt retiré est recouvert par une légère couche de [illegible] l'odeur vulvaire seule. Pouls vibrant, petit (84-88); [illegible] naturelle. Matité du cœur plus étendue qu'à l'état normal [illegible] Souffle succédant au premier bruit, arrêté par le second [illegible] ple, intermittent, perçu dans les régions sus-claviculaires [illegible] mure respiratoire normaux. (Tilleul et oranger. [illegible]

L'état général de la malade s'améliore pendant les semaines suivantes; les symptômes nerveux sont moins intenses, les digestions sont meilleures. La malade ne ressent plus aucune douleur dans le ventre ni à la région lombaire; elle n'éprouve pas de douleurs lancinantes. Le fond de l'utérus, incliné vers la fosse iliaque gauche, y forme une légère saillie; les signes perçus par le toucher vaginal restent sensiblement les mêmes; pas d'écoulement vulvaire.

Le 2 février. — La malade est de nouveau en proie à des souffrances assez vives; l'utérus, augmenté de nouveau de volume, devient le siége de douleurs qui se prolongent dans les fosses iliaques. Des contractions utérines modérées se manifestent, puis cessent le 4, lorsque l'écoulement sanguin se produit; il contient quelques petits caillots. Le flux augmente les jours suivants, mais sans prendre cependant une grande abondance. Réduit le 8 à quelques gouttes, il cesse complétement le 10. Quelques jours après la malade, se trouvant sensiblement soulagée depuis son entrée à l'hôpital, demande sa sortie.

Je dois ajouter que cette amélioration fut de courte durée; car le 23 février la malade, effrayée par les coups de feu qui se tiraient dans la rue qu'elle habite, fut prise immédiatement d'une perte excessivement abondante, pour laquelle elle vint le lendemain matin à l'hôpital. Elle ne voulait pas entrer, mais seulement savoir ce qu'elle devait faire pour cette perte, qui cette fois ne s'accompagnait pas de douleurs expulsives. Elle partit après la consultation que lui donna M. Piédagnel. Depuis je ne l'ai plus revue, mais il faut tenir compte des tristes circonstances qui se sont succédé à cette époque de révolution, qui ont pu empêcher cette malade de revenir à l'hôpital, et m'ont mis dans l'impossibilité d'aller la voir chez elle.

Je ne récapitulerai pas les particularités qu'offre cette observation, parce qu'il n'y a pas un praticien qui n'ait eu l'occasion de voir des malades, affectées de cancer du col utérin avant la cessation des règles, en proie à des accès de souffrances semblables à ceux que je viens de décrire, et qui ne les ait interprétés comme je viens de le faire; c'est-à-dire qui ne les ait attribués au trouble de l'excrétion utérine mécaniquement entravée par la production organique. J'ai rapporté exprès ce fait d'une observation journalière, afin que l'analogie qui existe entre lui et les faits précédents, qui sont moins fréquents et qui surtout ont reçu une tout autre interprétation, établisse qu'ils sont entièrement comparables les uns aux autres, et par conséquent que les accidents dysménorrhéiques qui se produisent dans les engorgements du col utérin doivent, dans ceux-ci comme dans les cancers de cet organe, être attribués au rétrécissement qui résulte de l'augmentation de volume du col, au lieu d'être considérés comme les signes de recrudescences inflamma-

toires simples amenées par le molimen menstruel. La similitude des accidents qui, au début, se produisent dans les uns et dans les autres, démontre que, dans tous les cas, le trouble de l'excrétion est le phénomène primordial, et que les inflammations qui peuvent se manifester lui sont secondaires. J'ai insisté sur cette observation pour qu'on veuille bien accepter aujourd'hui, sans contestation, qu'une augmentation du col utérin, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, est une cause de dysménorrhée, et que cette dysménorrhée, qui mérite aussi légitimement le nom de mécanique que celle qui résulte d'une atrésie congénitale du col, peut entraîner toute la série des accidents qui se présentent dans les imperforations, et entraîner en particulier l'épanchement dans la cavité péritonéale de l'excrétion menstruelle que j'ai signalé dans l'observation première de ce mémoire. Mais c'est revenir trop souvent peut-être sur cette observation, que je ne penserais pas ainsi à rappeler presque à chaque page, si les déductions que j'en ai tirées en 1848 n'avaient été contestées, et surtout si la connaissance de ce fait, c'est-à-dire que le trouble de l'excrétion menstruelle, peut déterminer une hématocèle et toutes ses funestes conséquences, n'avait une bien autre importance pratique que les diverses théories qui, depuis mon premier travail, ont été émises pour expliquer le développement de cette affection. Du reste, je n'ai pas à me préoccuper ici de ces théories qui, malheureusement, sont jusqu'à aujourd'hui restées stériles pour les malades et n'ont eu aucune application thérapeutique, parce que j'aurai à les indiquer dans le mémoire, consacré à démontrer que l'hématocèle n'est pas une maladie mais une affection symptomatique. J'avais seulement à dire que ni en 1848, ni depuis, je n'ai eu la pensée, qu'on m'a fort gratuitement prêtée, de rattacher à une seule cause, et spécialement à un trouble de l'excrétion menstruelle, tous les épanchements sanguins intra-pelviens; que j'ai au contraire toujours professé, et j'espère démontrer dans le mémoire suivant, que les hémorrhagies qui donnent lieu aux hématocèles sont les conséquences d'une foule d'états morbides fort divers qu'il faut s'efforcer de déterminer. Je reviendrai sur ce fait que je puis actuellement négliger, puisque l'impossibilité de rattacher à un trouble de l'excrétion menstruelle le plus grand nombre des observations d'hématocèles publiées depuis mon premier travail, et qui toutes ont dû leur publication à mon initiative scientifique, ne

diminue en rien l'importance des faits dans lesquels l'épanchement sanguin intra-péritonéal a eu pour cause incontestable la rétention du flux cataménial. La connaissance de ces faits, en effet, alors même qu'ils seraient plus exceptionnels encore qu'ils ne le sont (le nombre assez considérable d'observations que j'ai pu réunir, dans lesquelles cette origine de l'hématocèle ne peut être mise en doute, prouve qu'ils sont loin d'être rares), donne un intérêt immense à l'étude des dysménorrhées et à la thérapeutique de chacune de ces variétés, parce qu'elle établit que ce trouble fonctionnel peut entraîner la mort des malheureuses femmes qui viennent accidentellement à le présenter.

§ 5. — Dans la cinquième espèce que nous avons actuellement à étudier, l'excrétion menstruelle est, comme je l'ai précédemment indiqué, entravée temporairement par l'interposition d'un produit organique développé soit dans le col lui-même, soit en un point quelconque du corps de l'utérus, et qui vient mettre obstacle à l'écoulement des règles. On conçoit que cette espèce doit comprendre un nombre assez considérable de variétés, puisque le produit organique qui peut venir faire obstacle à l'excrétion menstruelle peut être de nature très différente; cependant j'ai dû n'en faire que deux variétés, pour ne pas trop multiplier les divisions, et surtout pour ne pas en établir qui ne reposeraient que sur des *à priori*. Dans l'une de ces variétés, l'obstacle à l'écoulement des règles est constitué par un polype, en prenant ce mot dans le sens générique; dans l'autre, il est constitué par une production membraneuse, sorte de membrane caduque qui résulte de la mue qui se produit physiologiquement à chaque menstruation, et qui a mérité à cette variété le nom de dysménorrhée pseudo-membraneuse que lui ont donné les auteurs anglais (1).

Je ne ferai qu'indiquer la première variété de cette cinquième espèce, parce que c'est un fait connu, que les polypes, quelle que soit d'ailleurs leur nature, peuvent mécaniquement entraver l'excrétion utérine, déterminent même si souvent ce trouble fonctionnel, qu'il a été rangé dans les signes qui peuvent révéler l'existence de ces productions organiques. J'ai cru dès lors pouvoir me

(1) Oldham, *London medical-Gazette*, 1846, t. II, p. 970. Simpson, *Extr. Monthly Journal of medical science*, sept. 1846, p. 161.

contenter, pour toute description, de rapporter une de ces observations qui offre un intérêt particulier, consistant en ce que l'interception du flux cataménial produite par le polype a causé des douleurs dysménorrhéiques plusieurs fois répétées, qui ont déterminé l'apparition de ce polype entre les lèvres du col utérin et ont fait qu'il a pu être facilement extirpé par mon collègue et ami M. Gosselin.

OBSERVATION XXIII. — *Écoulement leucorrhéique de longue durée. — Pendant un an, douleurs dysménorrhéiques revenant à chaque mois plus marquées. — Entrée de la malade à l'hôpital. — Accès dysménorrhéique jugé par l'apparition du flux menstruel. — Au mois suivant, nouvel accès dysménorrhéique plus intense.— A la suite des règles, apparition entre les lèvres du col d'un polype fibreux. — Extirpation. — Le troisième jour après l'opération, péritonite pelvienne qui est suivie d'une induration du cul-de-sac vaginal postérieur, simulant un prétendu phlegmon chronique rétro-utérin.*

Le 23 mai 1854, entre à Lourcine, salle Saint-Clément, n° 15, Rosalie Pr..., couturière, née à Paris, âgée de trente-cinq ans, qui est venue demander son admission dans mon service pour un écoulement vaginal dont elle est, dit-elle, affectée depuis longues années, et pour lequel elle a déjà été, à différentes reprises, reçue à l'hôpital. On ne peut obtenir de renseignements suffisamment circonstanciés sur la santé de ses parents pour déterminer à quelles maladies ils ont succombé ; elle est heureusement plus explicite dans les renseignements qu'on lui demande sur ses antécédents, mais cependant elle ne paraît pas d'une véracité complète.

Sa santé, dit-elle, a été très mauvaise pendant toute son enfance, elle a été affectée d'ophthalmies fréquentes, elle a eu des glandes engorgées à la région cervicale, qui ont persisté pendant très longtemps, mais sans s'abcéder. C'est surtout vers l'âge de six ans qu'elle a été le plus maladive à la suite de l'ingestion d'une énorme quantité d'eau-de-vie qui, si l'on en croit le récit de la malade, aurait déterminé une aphonie complète de trois mois de durée et un pyrosis de bien plus longue durée encore, accompagné d'une soif presque continuelle et de douleurs abdominales. Toujours est-il qu'elle resta maladive, d'une très chétive constitution, jusqu'à onze ans. A cet âge elle prend de la force et devient bien portante jusqu'à dix-neuf ans, mais pendant tout ce laps de temps rien n'annonce le développement de la puberté. A dix-neuf ans, elle éprouve des coliques violentes qui deviennent plus cruelles le mois suivant, et acquièrent à la fin du troisième mois une telle intensité, qu'elle se roulait par terre de douleur lorsqu'elle était en proie à la crise dysménorrhéique qui se présentait chaque jour. Pour ces tranchées elle entre à l'Hôtel-Dieu, où elle reste un mois, en sort soulagée, mais non guérie, pour aller à la

campagne. Au bout de quelques jours de cette habitation à la campagne, les premières règles paraissent constituées par du sang noir, en caillots, peu abondantes, reviennent la semaine suivante avec les mêmes caractères, et se reproduisent ainsi, suivant le dire de la malade, toutes les semaines, pendant les cinq mois qu'elle passe à la campagne, qu'elle quitte pour revenir à Paris assez bien portante. De retour à Paris, les règles ne se présentent pas ; elle reste cinq mois sans être réglée, mais aussi sans éprouver aucune colique ni aucune des douleurs qui avaient précédé les coliques qui avaient nécessité l'entrée à l'Hôtel-Dieu. Au bout de ces cinq mois elle a une légère hémoptysie qui, dit-elle, a été attribuée à ce que ses règles ne venaient pas ; le mois suivant les règles se produisent, et depuis lors la menstruation a toujours été régulière, revenant tous les vingt-quatre jours, en durant trois, médiocrement abondante et sans douleurs jusque dans ces derniers temps.

Deux ans après l'établissement de la menstruation, c'est-à-dire vers vingt-deux ans, elle devint enceinte. La grossesse fut facile, mais ce fut pendant cette grossesse que se manifesta l'écoulement vaginal qui pour la malade a toujours persisté depuis; il était jaune verdâtre. L'accouchement à terme, assez laborieux, se termina heureusement par la naissance d'un enfant mort-né, quoiqu'il fût bien constitué. Les suites des couches furent régulières ; l'écoulement lochial, sanguinolent pendant six semaines, fut au bout de ce temps remplacé par un écoulement jaune verdâtre, accompagné de douleurs lombaires, en tout semblable à celui qui existait pendant la grossesse. Cependant les règles revinrent trois semaines après la cessation de l'écoulement lochial, c'est-à-dire huit à neuf semaines après l'accouchement, et depuis lors elles sont toujours revenues régulièrement tous les vingt-quatre jours, malgré l'existence des flueurs blanches, qui persistèrent sans que la malade s'en soit préoccupée jusqu'en 1850. Il n'y a pas eu de nouvelle grossesse, quoique la malade ait vécu dans des conditions telles, qu'elle était exposée à en avoir.

Nous n'avons pu déterminer pourquoi en 1850, plutôt qu'avant cette époque, la malade s'est préoccupée de ses flueurs blanches, pourquoi surtout elle est venue à cette époque demander son admission à Lourcine plutôt que dans tout autre hôpital, et si en particulier une blennorrhagie était venue s'enter sur son affection ancienne, ou si cet écoulement était devenu contagieux ; ce qui est la raison déterminante de l'entrée du plus grand nombre des malades à Lourcine. Les seuls renseignements positifs que nous ait donnés la malade consistent : en ce que l'affection pour laquelle elle fut reçue, fut désignée sous le nom vague de catarrhe utérin ; qu'elle était alors d'une très grande pâleur, qu'elle présentait des troubles gastriques très marqués ; que ses règles, régulières, non douloureuses, étaient peu abondantes, mais surtout étaient décolorées ; et enfin qu'à Lourcine on lui administra uniquement des préparations ferrugineuses en même temps qu'on la cautérisait chaque semaine. Après un assez long séjour à l'hôpital, elle sortit dans un état assez satisfaisant, mais non

guérie; elle revint régulièrement à la consultation pour son écoulement vaginal, qui persistait toujours, ainsi que l'ulcération du col utérin qu'on cautérisait. Après sa sortie de l'hôpital, les règles, assez abondantes, d'un sang rouge, continuèrent à se présenter régulièrement et sans douleurs. Ce n'est que l'année dernière, pendant un nouveau séjour que la malade fit à l'hôpital de Lourcine, dans le service de mon prédécesseur M. Becquerel, que les règles ont commencé à devenir douloureuses. Elle en est sortie au bout d'un mois et demi, de nouveau soulagée, mais non guérie de son intarissable écoulement leucorrhéique; son état général était assez bon; l'écoulement leucorrhéique, un peu diminué, persistait, accompagné déjà alors de douleurs lombaires fréquentes. Elle est venue aujourd'hui demander son admission à Lourcine, parce que dans ces derniers temps l'écoulement vaginal a de nouveau augmenté, mais surtout parce que les douleurs, qui depuis un an se manifestent à chaque menstruation, sont chaque mois plus marquées, et étaient excessives au moment où elle s'est rendue à l'hôpital. Le lendemain de son entrée elle présente l'état suivant.

24 mai. — Les règles, dont l'écoulement commençait au moment où la malade a été reçue à l'hôpital, sont actuellement en plein flux; les douleurs lombaires et pelviennes, qui existaient hier, ont presque entièrement disparu aujourd'hui. La miction, qui était très fréquente, de quelques gouttes seulement, a lieu aujourd'hui à de plus longs intervalles, est plus abondante, mais suivie encore de ténesmes. Le facies présente une assez bonne coloration; la constitution est assez bonne, tempérament lymphatico-sanguin; la fonction respiratoire normale; les fonctions digestives sont normales, et la défécation en particulier est facile. Le ventre, peu développé, n'est pas douloureux à la pression; on ne trouve aucune tuméfaction, soit de l'abdomen, soit des fosses iliaques; la pression de la région sus-pubienne n'est pas douloureuse.

Le toucher, peu douloureux, fait immédiatement arriver sur la lèvre antérieure du col, dont l'orifice entr'ouvert est dirigé en arrière, tourné vers le rectum; la lèvre postérieure descend un peu moins bas que l'antérieure, et appuie directement contre la paroi postérieure du vagin. De l'orifice utérin à l'orifice vulvo-vaginal on trouve 0,05. En reportant un peu en avant avec le doigt la lèvre postérieure du col, et en remontant le long de cette lèvre, on arrive sur le corps de l'utérus, qui forme avec le col un angle presque droit à sinus tourné en arrière et en bas. La paroi postérieure du vagin, flasque, comme ridée, est très différente de l'antérieure, qui est tendue comme une corde d'arc entre le pubis et le col reporté en arrière. Le col, légèrement augmenté de volume, ainsi que la matrice, est assez dur, mais il n'est pas douloureux à la pression; on peut facilement et sans douleurs le porter en avant, en arrière, à droite ou à gauche, malgré l'augmentation de poids que présente l'utérus. Les parties génitales externes et le vagin présentent une coloration normale; le col utérin paraît sain.

Il n'y a pas trace d'affections syphilitiques, soit anciennes, soit récentes. Pas de fièvre, pas de frisson le soir, pas de souffle carotidien. — Prescription : Repos au lit, cataplasmes sur l'abdomen ; quatre portions d'aliments.

1er juin. — Les règles ont duré quatre jours, à peine douloureuses pendant tout le temps qu'a persisté l'écoulement sanguin. A la suite de cette époque, la malade a éprouvé dans la partie inférieure du ventre et dans les reins des douleurs assez vives qui persistent encore aujourd'hui. Elle se trouve assez bien, cependant elle a encore de fréquentes envies d'uriner et la miction est encore suivie de ténesmes. La sensation de pesanteur pelvienne qu'elle éprouvait a diminué depuis qu'on lui fait porter une éponge intra-vaginale ; pas de fourmillements dans la partie supérieure des cuisses. Écoulement vaginal assez abondant, légèrement verdâtre ; le col utérin, légèrement entr'ouvert, admet facilement une sonde uréthrale d'un très gros diamètre, qui se meut dans sa cavité ; puis cette sonde, après avoir éprouvé une certaine résistance, comme s'il fallait traverser un rétrécissement à l'orifice cervico-utérin, pénètre dans la cavité utérine ; la partie introduite mesure 0,07. Ce cathétérisme, accompagné d'une légère douleur, est suivi d'un suintement sanguin peu abondant. — Prescription : Éponge intra-vaginale ; matin et soir injections communes, c'est-à-dire alunées ; une bouteille d'eau de Vichy, quatre portions.

8 juin. — La santé générale est bonne, toutes les fonctions se font bien ; sous l'influence de l'éponge la sensation de pesanteur que la malade éprouvait, lorsqu'elle se levait, est moindre. Depuis le dernier examen le léger suintement sanguin a persisté. Au toucher, on est surpris du changement qui s'est produit : le col a subi un mouvement de rotation tel que la commissure droite est en arrière, la gauche en avant ; d'où résulte que le fond de l'utérus, rétro-fléchi, vient occuper la partie gauche de l'excavation pelvienne. La matrice, toujours augmentée de volume et de poids, est le siége d'élancements ; le col reste légèrement entr'ouvert. — Prescription : Continuer l'emploi de l'éponge intra-vaginale, qui matin et soir sera enduite d'extrait de belladone ; injections matin et soir ; eau de Vichy. Quatre portions.

16 juin. — Hier la malade, après les prodromes habituels de ses règles, a été prise de douleurs qui de la région lombaire se portaient à la région pubienne ; elles ont duré la journée et la nuit, semblables, dit-elle, aux premières douleurs de l'accouchement. Ce matin la malade est dans un état continuel d'anxiété, en proie aux douleurs expulsives qu'elle ressent depuis hier et qu'elle a éprouvées dans les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, mais pendant lesquels elles étaient moins violentes qu'aujourd'hui. Au toucher, on trouve le col utérin très abaissé ; il est à 0,025 de l'orifice vulvo-vaginal, ainsi moitié plus bas que lors de l'entrée de la malade. Ce col, volumineux, tendu, est entr'ouvert, cependant l'écoulement des règles, qui sont bien à leur époque, n'a pas lieu. L'abdomen est douloureux, surtout lorsque par des pressions on cherche à explorer sa partie inférieure, parce que ces re-

cherches rendent plus violentes les douleurs dysménorrhéiques. Ce qui surprend dans ces explorations faites en combinant le toucher à la palpation abdominale, c'est que la déviation utérine s'est de nouveau modifiée et complétement modifiée. La rétroflexion a disparu ; la face postérieure de l'utérus est droite, ou plutôt regarde obliquement en arrière et à gauche, de telle sorte que le bord gauche est tourné obliquement en avant. Toute la matrice est augmentée de volume, si bien que la main appliquée sur la paroi abdominale sent le fond qui dépasse, à gauche, le pubis de trois travers de doigt. — Prescription : Tilleul et oranger. Quatre sangsues sur le col utérin, bain prolongé après la chute des sangsues. Repos absolu au lit, cataplasmes sur l'abdomen. Diète.

29 juin. — A la suite de l'application des sangsues et du bain, l'écoulement des règles a commencé ; il a duré trois jours assez abondant ; les douleurs expulsives proprement dites se sont calmées, mais il est resté des douleurs abdominales et lombaires assez vives, qui persistent encore aujourd'hui. La miction est fréquente, suivie de ténesmes, tandis que la défécation est normale. A l'écoulement sanguin a succédé un écoulement jaune verdâtre, qui laisse sur le linge des taches nombreuses et épaisses. Malgré l'amendement survenu depuis que l'écoulement des règles a eu lieu, on trouve au toucher les mêmes particularités qui existaient le 16, c'est-à-dire la persistance de l'abaissement du col utérin, le redressement de l'utérus, et la saillie du fond qui proémine à gauche du pubis ; mais aujourd'hui ces explorations sont peu ou point douloureuses, et l'on trouve que le col, au lieu d'être volumineux, tendu, semble réduit à une simple membrane. La dilatation de cet orifice est telle qu'il admettrait une pièce de quarante sous, et permet de sentir dans la cavité du col, et la remplissant tout entière, un corps arrondi dont on ne peut reconnaître le pédicule. Au spéculum, on trouve le col énormément dilaté, et l'on voit proéminer derrière cette ouverture une surface arrondie d'une teinte brunâtre, manifestement recouverte, par une muqueuse ; on peut engager l'hystéromètre autour de ce polype, le faire glisser tout autour de lui, mais sans qu'il soit possible de déterminer où siége son implantation. — Prescription : Tilleul et oranger. Bains, cataplasmes, repos. Quatre portions.

3 juillet. — Depuis le dernier examen il y a un écoulement sanguinolent, mi-parti sang, mi-parti mucosités, dont l'expulsion s'accompagne de douleurs lombaires ; il persiste encore aujourd'hui. Les digestions, actuellement un peu difficiles, sont suivies de distensions épigastriques. La défécation est facile, normale, tandis que la miction reste toujours fréquente, peu abondante chaque fois, un peu douloureuse et suivie de ténesmes pénibles. Il n'y a pas de fourmillements dans les cuisses. Le toucher donne les mêmes sensations qu'au dernier examen, et quoique le col soit largement béant, il est toujours impossible de reconnaître quel est le point d'implantation du polype. La seule chose qu'on puisse constater, c'est que la pression du doigt explorateur

détermine sur le côté droit de la lèvre postérieure du col, à l'union du col et du corps, une douleur difficilement supportée, douleur qui n'existe pas spontanément. — Prescription : Eau de Vichy ; un verre de macération de quinquina, 0,10 de tannin dans un julep. Bain, cataplasmes, injection. Deux portions.

Du 7 au 10 juillet. — La malade, que j'ai fait voir à mes deux excellents collègues MM. Cullerier et Gosselin, pour avoir leur avis sur l'opportunité actuelle de l'opération, est soumise chaque jour à l'administration de prises de seigle ergoté et à des applications sur le col d'extrait de belladone répétées matin et soir, pour obtenir une dilatation plus grande du col et un engagement plus considérable du polype. Cette médication n'a pas eu d'effets sensibles autres que quelques coliques utérines mal définies, qui n'ont pas déterminé une sortie plus marquée du polype, dont l'ablation a été décidée pour aujourd'hui. C'est notre collègue M. Gosselin qui est chargé de l'opération.

L'abaissement du col utérin à l'aide des pinces de Museux, le débridement double du col, l'incision du pédicule du polype qui est arraché en partie, n'ont duré que quelques minutes. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie notable. La malade, qui pour cette opération n'a pas été soumise au chloroforme, est immédiatement replacée dans son lit, où elle doit rester immobile. (L'examen du polype fait constater qu'il est fibreux.) — Prescription : Tilleul et oranger, cataplasmes laudanisés. Bouillons.

Le 11. — La malade s'est trouvée assez bien après l'opération, qui a été peu douloureuse; elle est aujourd'hui seulement fatiguée, inquiète, quoiqu'elle n'ait éprouvé depuis hier que des douleurs utérines passagères et de fréquents besoins d'uriner; une selle facile; écoulement séro-sanguinolent abondant. Pouls 75. Appétit léger. — Prescription : Tilleul et oranger, cataplasmes laudanisés. Bouillons, potages.

Le 12. — Hier soir, le facies de la malade était légèrement abattu, elle éprouvait quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre, qui s'exaspéraient à la pression, et une soif assez vive. Le pouls restait à 85. Elle a reposé tranquillement la nuit. Ce matin il y a seulement à la région hypogastrique une légère douleur qui augmente à la pression. Le toucher, également douloureux, fait trouver le col largement béant et dans son intérieur une légère saillie correspondant à la base du polype enlevé. L'écoulement séro-sanguinolent continue. Elle n'a uriné que trois fois. Pas de selle. Pouls, 90, sans chaleur notable de la peau. Soif modérée. La malade demande instamment à manger. — Même prescription. Lavement simple. Une demi-portion pour satisfaire au désir de la malade.

Le 13. — Hier la malade a été prise vers trois heures de l'après-midi de douleurs assez vives dans l'abdomen. Le soir, le pouls était à 110, petit, mou, inégal, et il y avait une chaleur marquée de la peau. Cette nuit, les douleurs abdominales sont devenues beaucoup plus intenses; elle a eu un frisson, des vomissements. Ce matin, inquiétudes très vives de la malade, dont le facies est altéré, les traits tirés; sorte de mâchonnement continuel, inappétence

complète, soif vive. Le ventre est très douloureux ; la pression de la partie inférieure est impossible à cause des douleurs dont cette région est le siége; cependant l'abdomen n'est pas ballonné; dysurie. L'écoulement vaginal a presque complétement cessé. Au toucher, on trouve le col utérin fermé, le cul-de-sac vaginal postérieur chaud, très douloureux à la pression, offrant une résistance, un engorgement mal dessiné. Pouls péritonéal, 120 pulsations. Chaleur de la peau assez marquée. — Prescription : Vingt sangsues disséminées sur les deux fosses iliaques. Onctions avec onguent mercuriel belladoné. Eau de Seltz, limonade végétale. Lavement simple. Diète absolue.

Le 14. — La malade a été un peu soulagée par les sangsues ; il n'y a eu, dans la journée d'hier, ni frissons ni vomissements, mais des renvois fréquents. Cette nuit elle a eu un frisson, deux selles glaireuses ; cependant elle a pu reposer toute la nuit, elle n'a uriné que deux fois. Ce matin, teinte subictérique du visage, traits contractés, bouche amère, soif vive; quelques renvois, mais plus rares qu'hier; léger ballonnement du ventre, qui inférieurement est très douloureux à la moindre pression. Un peu d'écoulement séro-sanguinolent par la vulve. Au toucher, on trouve le col toujours fermé, le cul-de-sac postérieur vaginal très chaud, très douloureux et résistant. Pouls, 110-115. — Prescription : Eau de Seltz. Huit sangsues sur la fosse iliaque droite. Donner à trois reprises un quart de lavement laudanisé. Continuer les onctions mercurielles belladonées. Tisane de ratanhia. Diète.

Le 15. — Quoique la malade ait vomi à deux reprises différentes la tisane qu'elle a essayé de boire, elle se trouve aujourd'hui un peu mieux; le ventre est moins douloureux, il y a toujours un peu d'écoulement vaginal. Le pouls reste à 110. — Prescription : Eau de Seltz, gomme sucrée. Continuer le reste de la prescription.

Le 16. — Hier soir la malade, à la suite de coliques assez vives, a eu plusieurs selles bilieuses qui continuent aujourd'hui. Cependant la malade se trouve, elle, assez bien. La douleur abdominale a diminué d'intensité, plus de renvois. Pouls à 100. Même prescription, à laquelle on ajoute 60 grammes de vin de Bagnols et des bouillons de poulet.

A partir de cette époque, malgré une diarrhée assez abondante, qui est combattue par des préparations opiacées, le mieux se soutient jusqu'au 20, époque à laquelle j'ai été obligé de quitter mon service pour aller soigner mon père malade. Avant mon départ, je fais passer cette malade dans le service de mon collègue M. Gosselin, qui l'a opérée. Là l'amélioration se prononce, la malade va de mieux en mieux, de telle sorte qu'elle sort de l'hôpital, guérie, le 14 août 1854. L'année suivante, cette malade rentre dans mon service et y reste sept à huit jours pour quelques douleurs abdominales qu'elle conserve depuis son opération, et qui, dans ces derniers jours, se sont exaspérées à la suite de fatigues. Le toucher fait constater qu'en arrière du col existe, occupant tout le cul-de-sac vaginal postérieur, une induration présentant tous les

caractères qu'on a attribués aux phlegmons péri-utérins chroniques, induration qui est bien manifestement le stigmate de la pelvi-péritonite que nous avons vue se développer cinquante-deux heures après l'ablation du polype.

J'ai regretté de n'avoir pu assister à la phase de guérison de la pelvi-péritonite qui dans cette observation a été la conséquence de l'extraction du polype, et de n'avoir pu suivre jour par jour la formation de la tuméfaction rétro-utérine dont j'ai constaté le début et une année après le reliquat, à cause de l'intérêt que cette observation eût offert pour l'étude de la pelvi-péritonite, à laquelle sera consacré un des mémoires suivants. Je dois faire remarquer seulement que dans ce fait l'inflammation de la séreuse pelvienne a été la conséquence de l'opération, et non celle du trouble menstruel, qui cependant peut, à lui tout seul, la déterminer, comme nous aurons ultérieurement à le signaler d'une manière toute particulière, et comme l'a indiqué M. Oldham (1) dans son mémoire sur la dysménorrhée pseudo-membraneuse. J'ai dû mettre longuement à contribution ce mémoire pour décrire cette variété de rétention menstruelle qui, dit-on, est assez commune, du moins en Angleterre, mais que je n'ai jamais eu le bonheur d'observer, bien que je l'aie beaucoup cherchée.

Les faits sur lesquels repose l'existence de la dysménorrhée pseudo-membraneuse sont peu nombreux, ou du moins je n'en connais qu'un petit nombre, cependant il suffit pour mettre hors de contestation l'existence de cette affection. Les plus anciennes de ces observations sont d'origine française, elles appartiennent à madame Boivin : c'est par elles que je commencerai; j'y adjoindrai un fait tout récent présenté à la Société anatomique, et j'étudierai séparément ces trois faits, d'ailleurs comparables entre eux. Dans ces observations, en effet, la fausse membrane dysménorrhéale, expulsée entière et non par fragments plus ou moins ténus, peut, lorsqu'elle est distendue par du sang, être prise pour un polype, comme dans la première observation de madame Boivin, et semble produire la rétention menstruelle exactement de la même manière qu'un polype. Il n'en est plus de même dans le fait rapporté comme un type par M. Oldham, qui, sous ce rapport, offre une notable différence, qui

(1) Oldham, *loc. cit.*

nous expliquera pourquoi la dysménorrhée pseudo-membraneuse, exceptionnelle en France, paraît commune en Angleterre. Cela tient, je crois, à ce qu'on donne ce nom à des faits qui, chez nous, seraient considérés à un tout autre point de vue et alors ne prendraient pas une dénomination qu'ils ne doivent qu'à un seul symptôme.

OBSERVATION XXIV (1). — *Tumeur creuse, polypiforme, paraissant due à la dysménorrhée. — Extirpation par la ligature.*

Madame Val..., femme d'un perruquier de la rue de Buci, âgée de quarante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, avait été réglée à l'âge de dix-sept ans. Mariée à vingt-trois ans, elle accoucha une année après, à terme et naturellement. A vingt-six ans, elle eut une fausse couche, après trois mois de gestation. A trente-six ans, la perte de sa fille unique lui causa de violents chagrins ; depuis lors les règles sont devenues plus abondantes, plus rapprochées. En février 1818 il survint une métrorrhagie considérable ; quelquefois la malade rendait des caillots de sang du volume du poing. Cette fois, la perte dura trois mois avec plus ou moins de violence.

Ce ne fut qu'alors seulement que madame Val... appela du secours ; plusieurs chirurgiens et médecins consultés ne purent découvrir, dans l'état des parties, aucune cause évidente de la perte de sang. On se borna donc à faire la médecine des symptômes ; on employa les astringents, les styptiques, des bains de siége froids, comme toniques, etc. L'hémorrhagie se calmait, cessait quelquefois pendant plusieurs jours et revenait avec plus ou moins d'impétuosité. Pendant tout ce temps la malade éprouvait des anxiétés, des nausées, des défaillances, de l'insomnie. Quoique réduite à un état de faiblesse et de maigreur extrêmes, elle ne gardait le lit que lorsque la perte était considérable.

Le 15 novembre 1819, la malade, ayant fait une chute sur le siége, en éprouva une violente douleur dans les ischions, qui répondait dans la région hypogastrique.

Plusieurs jours après, difficulté inaccoutumée d'aller à la garderobe ; pesanteur dans le vagin avec sensation incommode d'un corps volumineux près de s'échapper par la vulve. Dans un des efforts que fit la malade pour rendre un lavement qu'elle venait de prendre, la tumeur s'engagea au dehors. Madame Val... la fit rentrer dans le vagin en la repoussant avec les doigts. Dès ce moment elle crut avoir une descente de matrice. La perte continuait, mais moins forte qu'à l'ordinaire.

Le 8 janvier, d'après le conseil du professeur Dubois, la malade entra à la Maison de santé. La tumeur, du volume de la tête d'un fœtus terme, était

(1) Boivin et Dugès, *loc. cit.*, t. II, p. 419.

ronde, lisse à sa face postérieure, solide, et permettait à peine de faire circuler le doigt entre sa surface et celle du vagin où elle était contenue; à sa base elle présentait des inégalités, à sa face antérieure des espèces de sillons longitudinaux.

Le 11 elle fut examinée de nouveau par le professeur Dubois, et le 12 il fit l'application de la ligature qui présenta quelques difficultés que l'habile opérateur parvint à surmonter.

Ce même matin nous avions touché cette femme; nous avions trouvé la tumeur moins volumineuse, plus molle, plus ridée que le 8. Ce changement nous fit juger qu'elle était creuse et que de sa cavité sortait une partie du sang que la malade avait perdu les jours précédents.

On distinguait le fond de l'utérus au-dessus du pubis. Au dire de la malade, son ventre avait diminué de beaucoup depuis la chute qu'elle avait faite.

Le jour de la ligature, nausées, vomissements suivis de syncopes, légères douleurs dans la région hypogastrique. La nuit suivante, fièvre, soif ardente. Limonade végétale, eau vineuse.

Le 13, écoulement d'une odeur putride; on resserre la ligature. Douleurs dans le genou gauche.

Le 14, de même.

Le 15, excrétion naturelle de l'urine pour la première fois; écoulement noirâtre d'une odeur insupportable. La tumeur est molle, affaissée; la douleur du genou persiste. Le soir, la tumeur tombe avec le serre-nœud. Injection avec infusion de fleurs de camomille.

Le 18, fièvre, soif ardente. La nuit, palpitations de cœur suivies de syncopes. La douleur du genou s'étend jusqu'à la hanche du même côté. Impossibilité de mouvoir le membre affecté.

Jusqu'au 29 qu'elle a quitté la maison pour retourner chez elle, la malade est restée à peu près dans le même état. Nous avons appris depuis qu'elle avait recouvré la santé, mais que le membre inférieur était resté douloureux au point de rendre indispensable l'usage des crosses pour marcher.

Description de la tumeur. — Cette tumeur avait, après sa chute, la forme et le volume de ces bouteilles de caoutchouc que l'on trouve dans le commerce. Recouvert extérieurement d'une membrane fine, son tissu, qui n'avait pas eu le temps de s'altérer, était rouge, de nature fibreuse et lâche dans les deux tiers supérieurs, près de son insertion à l'utérus; mais plus serré, presque inextricable à la base qui formait le fond de cet espèce de sac.

L'intérieur ne paraissait pas tapissé de membrane; sa surface rosée, d'un tissu réticulé, s'enlevait en grattant avec le dos du scalpel. Comprimée entre les doigts, cette surface exsudait un fluide sanguinolent.

De chaque côté, vers la région moyenne de cette cavité, on distinguait deux orifices qui se prolongeaient dans l'épaisseur des parois et allaient s'ouvrir extérieurement, après un trajet en ligne droite, de chaque côté de la tumeur.

On y introduisait facilement un stylet d'une ligne de diamètre. Coupé par tranches, le tissu de la tumeur était analogue à celui que présente l'utérus quelques jours après l'accouchement à terme. Plusieurs personnes de l'art, à qui nous avons fait voir cette pièce pathologique, n'ont point hésité à la prendre pour un utérus auquel nous aurions retranché les ovaires et l'extrémité des trompes. Je suis porté à croire, d'après la forme et les dispositions de cette tumeur, qu'elle doit son origine à ces concrétions plastiques qui se forment quelquefois dans le temps des règles, tapissent la cavité de l'utérus, augmentent d'épaisseur par l'application de nouvelles couches successives et affectent la figure de l'organe où elles sont moulées. Cette doublure de l'utérus s était peu à peu décollée par son fond, le sang, en s'accumulant entre ce sac matrice, l'avait graduellement enfoncée et retournée par un mécanisme absolument analogue à celui du renversement ou introversion de l'utérus.

		Pouces.	Lignes
Dimensions,	longueur de la tumeur	4	3
—	largeur à sa base	3	4
—	près du lieu de la ligature	0	8
—	épaisseur à la base	1	6
—	épaisseur de chaque paroi	0	9
—	profondeur de la cavité	2	3

OBSERVATION XXV (1). — *Excès vénériens. — Suppression des règles. — Au troisième mois accidents dysménorrhéiques. — Extraction facile d'une tumeur sanguine revêtue d'une sorte de membrane caduque. — Guérison.*

Une jeune femme d'un tempérament ardent, après quelques abus érotiques, se crut enceinte parce que ses règles étaient supprimées depuis deux mois. Parvenue au troisième mois, elle éprouva les symptômes qui lui annonçaient ordinairement le retour des menstrues; cependant il n'y eut aucune excrétion; et comme elle se plaignait beaucoup de douleurs, de spasmes et surtout d'un sentiment de pesanteur inaccoutumé, je fus appelé avec un de mes collègues. En examinant l'état des parties, nous trouvâmes l'utérus abaissé dans l'excavation pelvienne; son orifice ouvert, élargi, donnait passage à une sorte de tumeur molle, lisse, indolente, qui avait la forme et la grosseur d'une figue ordinaire, dont le sommet allongé, rétréci, paraissait adhérent, implanté au pourtour intérieur du col et de l'orifice de l'utérus; mais en tirant légèrement cette tumeur, que l'on pouvait facilement saisir avec les doigts, elle s'allongea peu à peu et se détacha tout à coup entièrement et sans causer aucune douleur. Nous reconnûmes alors, de la manière la plus évi-

(1) Chaussier, lettre, traduction de Rigby et Duncan, par madame Boivin, p. 374.

OBSERVATION XXVII (1). — *Fausses couches ou prétendues fausses couches multipliées. — Catarrhe utérin. — Augmentation de volume et rétroversion de l'utérus. — Menstruation douloureuse et abondante accompagnée de l'expulsion de fragments de membrane dysménorrhéale. — Émissions sanguines; traitement mercuriel. — Guérison.*

Madame G..., âgée de trente et un ans, habitant Bow, devint enceinte peu après son mariage et mit au monde un enfant vivant qui est maintenant âgé de neuf ans. Depuis cette époque, elle fit plusieurs fausses couches, à la cinquième ou à la sixième semaine de la grossesse, et une dernière encore il y a un an, à la suite d'une grande frayeur que lui causa un accident arrivé à son mari. Tant avant, qu'après cette dernière fausse couche, elle éprouva de grandes souffrances dans les reins et les hanches pour lesquelles elle réclama les secours de la médecine.

La première fois qu'elle me consulta, le 20 décembre 1844, elle était évidemment très souffrante; son aspect extérieur était très mauvais, elle marchait avec peine et paraissait sérieusement malade. Les symptômes qu'elle éprouvait pouvaient être rapportés presque entièrement à l'utérus; elle se plaignait d'une douleur habituelle au niveau du sacrum se propageant vers l'anus, qu'elle appelait une pression douloureuse; elle éprouvait en même temps une douleur constante dans le canal inguinal droit et parfois de la dysurie qui, de même que les autres symptômes pelviens, augmentait beaucoup par la marche ou tout autre exercice de quelque nature qu'il fût. Quand la malade s'asseyait, une douleur se manifestait aussitôt dans le bassin. Les garderobes avaient lieu sans souffrance. Un écoulement épais et abondant, quelquefois blanc, d'autres fois jaunâtre, l'avait tourmentée pendant des années. Les rapprochements sexuels la faisaient beaucoup souffrir, et de fait elle les avait cessés. Sa menstruation est régulière, mais accompagnée de violentes souffrances, quelquefois abondante et donnant lieu à la sortie de plusieurs caillots, quelquefois aussi des morceaux de membrane ont été remarqués; elle se sent mieux et comme allégée après les époques menstruelles.

A l'examen des organes sexuels, le vagin paraît relâché et plus chaud qu'à l'ordinaire; il était baigné, en outre, par un écoulement abondant; la paroi postérieure faisait une légère saillie au-devant de l'entrée du vagin. On trouve l'utérus à 2 pouces (anglais) de l'orifice du vagin; la paroi vaginale était gonflée, molle, légèrement douloureuse au toucher; l'orifice, qui était ouvert et inégal, donnait la sensation de granulations saillantes et molles qui caractérisent la forme la plus commune de l'ulcération de cette partie. Cette portion de l'utérus était dirigée vers la face inférieure de l'urèthre. Le corps de l'utérus était senti avec facilité en arrière vers la concavité du sacrum. Il était con-

(1) Oldham, *London medical Gazette*, 1846, t. II, p. 970.

sidérablement gonflé, très sensible au toucher et dans une rétroversion évidente. En dirigeant le doigt vers la partie antérieure du col et en pressant cette partie en bas et en arrière, le corps de l'utérus était facilement redressé, et la malade était aussitôt soulagée de la sensation douloureuse de pression qu'elle éprouvait dans le sacrum et dans les hanches. Quand on enlevait le doigt, la matrice retombait pesamment en arrière vers le sacrum. A l'examen au spéculum, le col présentait à sa surface des granulations, une injection vive, un large bouchon de mucus s'échappait de sa cavité.

Le traitement, dans ce cas, consista à scarifier le col et à saigner ainsi l'utérus en ôtant d'une à deux onces de sang chaque fois; cette émission sanguine fut répétée plusieurs fois. On lui prescrivit le repos, des purgatifs salins pour entretenir la liberté du ventre et l'emploi de l'injection suivante : décoction de pavot, 6 onces; extrait de ciguë, un scrupule; sous-acétate de plomb liquide, 2 gros. Un soulagement rapide suivit l'emploi de ces moyens, et je ne la vis pas pendant quelque temps.

En juillet 1845, elle m'apporta une portion de membrane qu'elle avait rendue à la dernière époque après avoir éprouvé de violentes douleurs semblables à celles de l'accouchement; en examinant cette membrane, je vis que c'était un bon spécimen de la membrane dysménorrhéale. Elle me dit en même temps qu'elle était convaincue que, dans plusieurs des prétendues fausses couches qu'elle était supposée avoir faites, elle avait rendu le même produit. Deux ou trois fois ensuite elle m'apporta encore des portions de membrane qui s'étaient détachées après des douleurs intenses à l'époque menstruelle, qui d'ailleurs présentait maintenant souvent un retard de quelques jours et même d'une semaine.

Le 10 février 1846, après une période de violentes douleurs, elle rendit quelques fragments séparés de membrane. Elle avait eu de la difficulté à uriner, et la vessie ne s'était vidée qu'en urinant debout; l'utérus fut trouvé en rétroversion, le corps gonflé formait une masse volumineuse, globuleuse, dure et douloureuse au toucher. Tout exercice déterminait une grande douleur dans le sacrum et dans les hanches, tandis qu'elle disparaissait lorsqu'on redressait l'utérus pendant l'examen vaginal. Je me déterminai dès lors à faire une fois par semaine une application de sangsues sur l'utérus, à prescrire un repos rigoureux et à commencer un traitement par le mercure. L'effet de ces moyens thérapeutiques fut de réduire le volume de l'utérus et de procurer à la malade un grand soulagement. Elle passa les deux époques suivantes sans beaucoup de souffrance et ne rendit pas de membrane.

Le 30 mai elle m'apporta deux petites portions de membrane qui, lors de leur issue au dehors, lui avaient causé des douleurs assez vives. Le siége de la douleur était dans l'intérieur ou au niveau du canal inguinal droit; elle disait qu'elle pourrait toucher le point d'où elle pensait que la membrane s'était détachée. Le reste de l'époque s'était passé sans douleur. L'utérus avait maintenant

beaucoup perdu de son volume, et *quoique plus vertical* qu'il n'aurait dû être, il ne s'inclinait pas cependant en arrière. Elle pouvait marcher et vaquer à ses occupations habituelles sans souffrir. On appliqua un vésicatoire au sacrum et de légères frictions mercurielles furent faites le soir sur la partie douloureuse. Depuis lors la menstruation a été bonne, au moins relativement, et l'utérus, quoique peut-être un peu trop volumineux, peut être regardé comme sain et dans sa situation normale.

Dans cette observation, que M. Oldham donne comme un type de dysménorrhée pseudo-membraneuse, et qui, à ce titre, doit être soigneusement analysée, on trouve réunis deux groupes de symptômes, dont l'un, composé de phénomènes irrégulièrement intermittents, peut être attribué avec plus ou moins de raison à la dysménorrhée pseudo-membraneuse, mais dont l'autre, composé de symptômes continus, est évidemment l'expression d'un état morbide permanent des organes génitaux qui existait concurremment chez cette malade. Je n'ai pas besoin d'énumérer ces derniers symptômes et d'insister sur la valeur de quelques-uns d'entre eux, en particulier sur les caractères de l'écoulement leucorrhéique, que cette malade a présenté pendant de longues années, pour faire admettre qu'ils étaient les signes d'une affection chronique de la muqueuse utérine, dont l'existence a été d'ailleurs admise par M. Oldham lui-même. Je crois de même qu'il n'est pas nécessaire d'établir la corrélation qui existait entre l'affection de la muqueuse utérine, et le trouble fonctionnel appelé dysménorrhée pseudo-membraneuse, qui, ainsi qu'on a pu le voir par les observations, comprend deux éléments distincts : 1° l'exagération de l'hypertrophie menstruelle de la muqueuse utérine ; 2° l'accouchement plus ou moins difficile de la membrane dysménorrhéale produite par cette exagération de l'hypertrophie physiologique. Il y a eu une telle connexité entre les deux affections, qu'il est impossible de les regarder comme indépendantes l'une de l'autre. La question est donc de déterminer si l'affection de la matrice a été la conséquence du trouble fonctionnel ou si, au contraire, celui-ci n'a été qu'un épiphénomène symptomatique de l'affection catarrhale ou inflammatoire de la muqueuse utérine, ce qui tout d'abord paraît le plus probable.

Cette opinion, toute différente de celle de M. Oldham, qui, je dois le dire à ceux qui n'ont pas lu son mémoire, est uniquement basée sur les caractères microscopiques de la membrane dysménorrhéale,

a en sa faveur de nombreux arguments. Ainsi il est difficile d'admettre qu'un trouble fonctionnel non héréditaire survienne, se reproduise ensuite pendant une série d'années, comme dans l'observation précédente, et entraîne consécutivement un état morbide de la muqueuse utérine, sans être le fait d'une lésion ou l'expression d'une maladie. On ne peut réellement considérer comme une maladie l'*ovarian influence* à laquelle M. Oldham attribue la dysménorrhée pseudo-membraneuse; car il faudrait que cette *ovarian influence* ait été prouvée, ou au moins définie par l'auteur anglais, car sans cela elle ne peut être regardée que comme une simple vue de l'esprit qui ne repose sur aucune donnée positive. On peut au contraire rattacher légitimement, me semble-t-il, la dysménorrhée pseudo-membraneuse aux lésions de la muqueuse utérine qui ont été trouvées dans toutes les autopsies de femmes dysménorrhéiques, faites en Angleterre, et dont la constance se trouve nettement établie par la phrase suivante que j'emprunte à une très intéressante communication de M. Tilt à la Société médicale de Londres (1) : — « La pathologie de ces cas de dysménorrhée » (pseudo-membraneuse) est vraiment très obscure, parce que les » occasions d'examen cadavérique sont fort rares; mais si, dans les » quelques exemples que possèdent les musées de nos hôpitaux, » vous comparez l'utérus des femmes qui furent affectées de cette » forme de dysménorrhée à ceux des femmes qui moururent pen- » dant la menstruation, vous trouverez que, lorsque la muqueuse » de l'utérus exfoliait habituellement sa surface externe, cette mu- » queuse était plus épaisse qu'à l'ordinaire et plus injectée. » Je ferai remarquer que l'existence des lésions, indiquées par M. Tilt dans les autopsies précédentes, mais surtout que les caractères bien plus tranchés d'un état inflammatoire qui existait dans l'autopsie qui a été l'objet de sa communication (2), annihilent toute l'argumentation de M. Oldham, qui, s'appuyant uniquement sur l'examen microscopique de la membrane dysménorrhéale, s'est cru autorisé par cet examen à nier tout travail inflammatoire dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, et dès lors à la considérer comme une affection spéciale. A ce résultat contradictoire donné par

(1) Tilt., *Lancet*, 1853.
(2) Tilt, *loc. cit.*

les autopsies, je pourrais, pour démontrer le peu de fondement de l'argumentation de M. Oldham, ajouter que l'examen microscopique des fongosités utérines, pour lesquelles Récamier a eu l'idée funeste de préconiser l'emploi de la curette, démontre que ces exubérances de la muqueuse utérine, dues très certainement à un travail inflammatoire chronique, contiennent les mêmes éléments histologiques que la membrane dysménorrhéale et ne contiennent qu'eux ; et qu'il établit ainsi que les caractères microscopiques de la membrane dysménorrhéale n'excluent pas la possibilité d'un travail inflammatoire. Mais il n'est pas nécessaire d'insister, puisque ce qu'établissent les autopsies ressortait manifestement de l'observation rapportée par M. Oldham, qui prend le soin d'énumérer tous les symptômes caractéristiques de l'inflammation de la muqueuse utérine, dont il admet lui-même l'existence chez cette malade, et de noter que cette affection utérine avait précédé la dysménorrhée pseudo-membraneuse. Cette observation prouve donc, contrairement à l'opinion de son auteur, que l'affection utérine, au lieu de pouvoir être regardée comme la conséquence du trouble fonctionnel, en a été la cause, que celui-ci n'était qu'un symptôme et par conséquent ne mérite pas d'être considéré comme une affection spéciale.

J'ai insisté sur cette détermination nosologique, parce que la solution de cette question doctrinale domine l'histoire de la dysménorrhée pseudo-membraneuse, à laquelle M. Oldham a attribué ce qui appartient à l'affection des organes génitaux dont elle n'est qu'un symptôme. Ainsi, je crois qu'on doit rattacher à l'affection génératrice de la dysménorrhée pseudo-membraneuse le développement des péritonites qu'il signale et les déviations utérines consécutives à ces inflammations de la séreuse pelvienne, qui, alors même que la dysménorrhée pseudo-membraneuse n'existe pas, se présentent semblables dans les affections génitales qui peuvent déterminer la dysménorrhée. Je crois qu'on doit également rapporter à l'affection génitale et non au trouble fonctionnel, non-seulement la métrorrhagie qui accompagne l'expulsion de la membrane dysménorrhéale, mais aussi l'accouchement difficile de celle-ci, qui me paraît être moins dû à l'obstacle apporté à l'écoulement du sang par la fausse membrane qu'à la difficulté de la dilatation du col utérin, qui, lorsqu'il est enflammé, entrave l'excrétion menstruelle par un

mécanisme semblable à celui qui, dans la cystite du col, donne lieu à la rétention urinaire.

Mais j'ai besoin de m'arrêter sur ce point très important pour mon sujet. J'ai paru jusqu'à présent admettre que la rétention menstruelle, dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, était le fait de l'obstacle apporté par la membrane dysménorrhéale à l'écoulement des règles; j'ai actuellement à exposer les raisons qui m'empêchent d'accepter complétement cette opinion, qui me font même croire que le trouble de l'excrétion, au lieu de pouvoir être attribué à cette cause, doit être rattaché à l'état morbide de la muqueuse utérine et plus particulièrement à l'état morbide de la muqueuse cervico-utérine. Je rejette le mécanisme proposé par madame Boivin (1) pour expliquer la rétention menstruelle temporaire qui s'observe dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, parce que ce mécanisme, que semblaient légitimer les particularités des deux observations qu'elle a rapportées, se trouve en défaut pour les deux observations que j'ai rapprochées de celles de cet auteur, et dont l'une, celle de M. Dufour, est cependant presque en tout semblable aux observations de madame Boivin. En effet, s'il est possible d'admettre dans les observations de madame Boivin que la membrane dysménorrhéale complète pouvait, malgré l'existence de l'ouverture inférieure correspondant à l'orifice utérin que présentait cette membrane, empêcher l'expulsion des caillots sanguins qu'elle renfermait dans sa cavité, on ne peut croire que la membrane dysménorrhéale, qui est sortie complète, mais aplatie par les caillots sanguins dans l'observation de M. Dufour, ait été le véritable obstacle à la sortie du sang, qui, au lieu d'être contenu dans l'exfoliation utérine dans ce fait, au contraire l'enveloppait entièrement. J'accepte volontiers que l'engagement dans l'orifice utérin de la membrane dysménorrhéale, détachée de la muqueuse utérine et devenue flottante au milieu de la sécrétion menstruelle, a pu rendre momentanément difficile la sortie du sang comme le ferait un caillot sanguin; mais je ne crois pas qu'il aurait pu entraver l'excrétion, d'une manière aussi marquée et aussi prolongée que cela a eu lieu dans les observations précédentes, si à cet obstacle physique n'était venu se joindre un défaut de dilatation du col utérin.

Les réflexions que je viens d'émettre à propos de l'observation

(1) Boivin et Dugès, *loc. cit.*

de M. Dufour sont plus fondées encore, appliquées à l'observation de M. Oldham. Dans celle-ci, en effet, la membrane dysménorrhéale très incomplète, qui, à différentes reprises, a été expulsée au milieu du sang, au lieu de représenter toute la cavité du corps de l'utérus, était formée par l'exfoliation d'une partie seulement de la muqueuse de cet organe, et par conséquent ne pouvait constituer un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, dont le trouble de l'excrétion peut d'ailleurs dans ce cas s'expliquer si facilement par l'état morbide incontestable dont l'utérus était le siége. Je crois que c'est à cet état morbide, qui se trouve indiqué par d'assez nombreux symptômes dans chacune des quatre observations que j'ai rapportées, et qui a été trouvé constant, mais non toujours identique dans les autopsies de femmes dysménorrhéiques faites en Angleterre, qu'on doit attribuer le défaut de dilatation régulière du col utérin dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse. J'insiste sur ce fait parce qu'il rend compte de la parturition laborieuse de la sécrétion menstruelle, qui dans ces circonstances contient plus ou moins saisissables les produits de l'exfoliation utérine, qui à l'état normal passent inaperçus. Le travail pathologique, tantôt franchement inflammatoire, tantôt seulement subinflammatoire (c'est-à-dire caractérisant alors une affection catarrhale), qui a été constaté *post mortem* dans les différents cas de dysménorrhée pseudo-membraneuse, dont les pièces anatomiques sont conservées dans les musées des hôpitaux de Londres, permet de rapprocher légitimement la rétention menstruelle qui s'observe dans cette affection de la rétention urinaire qui survient dans la cystite du col. Ce rapprochement pathologique est d'autant plus intéressant qu'il fait disparaître tout ce que la dysménorrhée pseudo-membraneuse semblait au premier abord offrir de complément exceptionnel.

Après la longue discussion à laquelle je viens de me livrer je n'ai pas besoin de m'étendre sur ce point : elle me paraît établir que la dysménorrhée pseudo-membraneuse, qui, suivant la remarque de M. Tilt (1), se manifeste dans la métrite interne et dans le catarrhe utérin, ne peut être considérée comme une affection spéciale, et que la rétention menstruelle temporaire, qui constitue un des éléments de ce syndrome, doit en particulier être rapporté comme

(1) Tilt, *loc. cit.*

l'exagération de l'hypertrophie menstruelle, à l'état morbide de la muqueuse utérine. La dysménorrhée qui s'observe dans ces circonstances rentre ainsi dans une des lois générales de la pathologie, savoir : que l'inflammation d'un canal excréteur entrave d'une manière plus ou moins complète les fonctions que cet organe doit normalement accomplir.

Mais c'est trop m'appesantir sur les quelques faits assez rares de dysménorrhée pseudo-membraneuse que j'ai pu réunir; je ne l'aurais pas fait si la détermination nosologique de cette affection symptomatique ne dominait son histoire pathologique encore si peu faite et surtout son traitement, qui doit non-seulement avoir pour but, pendant les accès dysménorrhéiques, de rendre plus facile l'excrétion, mais aussi, dans l'intervalle de ceux-ci, de guérir, si faire se peut, l'affection catarrhale dont la dysménorrhée n'est qu'un épiphénomène. Cette dernière indication, qui peut paraître la moins pressante, est l'indication principale, mais aussi la plus difficile à remplir, parce que le catarrhe utérin, lorsqu'il est chronique, est dans le plus grand nombre des cas une manifestation diathésique, bien souvent alors une manifestation scrofuleuse, qui pourra d'autant moins facilement être amendée que fréquemment la malade est en même temps en proie à une anémie qui est par elle-même une cause de catarrhe utérin. Du reste, je dois dire que c'est moins pour l'histoire pathologique de la dysménorrhée pseudo-membraneuse dont les auteurs anglais me paraissent avoir exagéré l'importance en se préoccupant de l'expulsion, lors des règles, de débris souvent fort insignifiants de l'exfoliation utérine, que pour l'histoire du catarrhe utérin, dont la première affection n'est qu'un symptôme, que je suis entré dans tous les développements précédents. J'ai cru devoir le faire pour appeler l'attention sur les accidents dysménorrhéiques qui se produisent dans les blennorrhagies utérines aiguës et chroniques, dans les diverses variétés du catarrhe utérin dans lequel rentre l'affection caractérisée anatomiquement par le développement de fongosités qu'on s'est efforcé de détruire par la curette et par toutes espèces de caustiques, et qui n'est qu'une modalité de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine, susceptible comme les granulations laryngo-pharyngiennes dont elles sont l'analogue, de se présenter sous l'influence de différentes diathèses. Ce que j'ai dit des dysménorrhées pseudo-membraneuses peut s'appliquer à toutes les

de M. Dufour sont plus fondées encore, appliquées à l'observation de M. Oldham. Dans celle-ci, en effet, la membrane dysménorrhéale très incomplète, qui, à différentes reprises, a été expulsée au milieu du sang, au lieu de représenter toute la cavité du corps de l'utérus, était formée par l'exfoliation d'une partie seulement de la muqueuse de cet organe, et par conséquent ne pouvait constituer un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, dont le trouble de l'excrétion peut d'ailleurs dans ce cas s'expliquer si facilement par l'état morbide incontestable dont l'utérus était le siége. Je crois que c'est à cet état morbide, qui se trouve indiqué par d'assez nombreux symptômes dans chacune des quatre observations que j'ai rapportées, et qui a été trouvé constant, mais non toujours identique dans les autopsies de femmes dysménorrhéiques faites en Angleterre, qu'on doit attribuer le défaut de dilatation régulière du col utérin dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse. J'insiste sur ce fait parce qu'il rend compte de la parturition laborieuse de la sécrétion menstruelle, qui dans ces circonstances contient plus ou moins saisissables les produits de l'exfoliation utérine, qui à l'état normal passent inaperçus. Le travail pathologique, tantôt franchement inflammatoire, tantôt seulement subinflammatoire (c'est-à-dire caractérisant alors une affection catarrhale), qui a été constaté *post mortem* dans les différents cas de dysménorrhée pseudo-membraneuse, dont les pièces anatomiques sont conservées dans les musées des hôpitaux de Londres, permet de rapprocher légitimement la rétention menstruelle qui s'observe dans cette affection de la rétention urinaire qui survient dans la cystite du col. Ce rapprochement pathologique est d'autant plus intéressant qu'il fait disparaître tout ce que la dysménorrhée pseudo-membraneuse semblait au premier abord offrir de complément exceptionnel.

Après la longue discussion à laquelle je viens de me livrer je n'ai pas besoin de m'étendre sur ce point : elle me paraît établir que la dysménorrhée pseudo-membraneuse, qui, suivant la remarque de M. Tilt (1), se manifeste dans la métrite interne et dans le catarrhe utérin, ne peut être considérée comme une affection spéciale, et que la rétention menstruelle temporaire, qui constitue un des éléments de ce syndrome, doit en particulier être rapporté comme

(1) Tilt, *loc. cit.*

l'exagération de l'hypertrophie menstruelle, à l'état morbide de la muqueuse utérine. La dysménorrhée qui s'observe dans ces circonstances rentre ainsi dans une des lois générales de la pathologie, savoir : que l'inflammation d'un canal excréteur entrave d'une manière plus ou moins complète les fonctions que cet organe doit normalement accomplir.

Mais c'est trop m'appesantir sur les quelques faits assez rares de dysménorrhée pseudo-membraneuse que j'ai pu réunir; je ne l'aurais pas fait si la détermination nosologique de cette affection symptomatique ne dominait son histoire pathologique encore si peu faite et surtout son traitement, qui doit non-seulement avoir pour but, pendant les accès dysménorrhéiques, de rendre plus facile l'excrétion, mais aussi, dans l'intervalle de ceux-ci, de guérir, si faire se peut, l'affection catarrhale dont la dysménorrhée n'est qu'un épiphénomène. Cette dernière indication, qui peut paraître la moins pressante, est l'indication principale, mais aussi la plus difficile à remplir, parce que le catarrhe utérin, lorsqu'il est chronique, est dans le plus grand nombre des cas une manifestation diathésique, bien souvent alors une manifestation scrofuleuse, qui pourra d'autant moins facilement être amendée que fréquemment la malade est en même temps en proie à une anémie qui est par elle-même une cause de catarrhe utérin. Du reste, je dois dire que c'est moins pour l'histoire pathologique de la dysménorrhée pseudo-membraneuse dont les auteurs anglais me paraissent avoir exagéré l'importance en se préoccupant de l'expulsion, lors des règles, de débris souvent fort insignifiants de l'exfoliation utérine, que pour l'histoire du catarrhe utérin, dont la première affection n'est qu'un symptôme, que je suis entré dans tous les développements précédents. J'ai cru devoir le faire pour appeler l'attention sur les accidents dysménorrhéiques qui se produisent dans les blennorrhagies utérines aiguës et chroniques, dans les diverses variétés du catarrhe utérin dans lequel rentre l'affection caractérisée anatomiquement par le développement de fongosités qu'on s'est efforcé de détruire par la curette et par toutes espèces de caustiques, et qui n'est qu'une modalité de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine, susceptible comme les granulations laryngo-pharyngiennes dont elles sont l'analogue, de se présenter sous l'influence de différentes diathèses. Ce que j'ai dit des dysménorrhées pseudo-membraneuses peut s'appliquer à toutes les

de M. Dufour sont plus fondées encore, appliquées à l'observation de M. Oldham. Dans celle-ci, en effet, la membrane dysménorrhéale très incomplète, qui, à différentes reprises, a été expulsée au milieu du sang, au lieu de représenter toute la cavité du corps de l'utérus, était formée par l'exfoliation d'une partie seulement de la muqueuse de cet organe, et par conséquent ne pouvait constituer un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, dont le trouble de l'excrétion peut d'ailleurs dans ce cas s'expliquer si facilement par l'état morbide incontestable dont l'utérus était le siége. Je crois que c'est à cet état morbide, qui se trouve indiqué par d'assez nombreux symptômes dans chacune des quatre observations que j'ai rapportées, et qui a été trouvé constant, mais non toujours identique dans les autopsies de femmes dysménorrhéiques faites en Angleterre, qu'on doit attribuer le défaut de dilatation régulière du col utérin dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse. J'insiste sur ce fait parce qu'il rend compte de la parturition laborieuse de la sécrétion menstruelle, qui dans ces circonstances contient plus ou moins saisissables les produits de l'exfoliation utérine, qui à l'état normal passent inaperçus. Le travail pathologique, tantôt franchement inflammatoire, tantôt seulement subinflammatoire (c'est-à-dire caractérisant alors une affection catarrhale), qui a été constaté *post mortem* dans les différents cas de dysménorrhée pseudo-membraneuse, dont les pièces anatomiques sont conservées dans les musées des hôpitaux de Londres, permet de rapprocher légitimement la rétention menstruelle qui s'observe dans cette affection de la rétention urinaire qui survient dans la cystite du col. Ce rapprochement pathologique est d'autant plus intéressant qu'il fait disparaître tout ce que la dysménorrhée pseudo-membraneuse semblait au premier abord offrir de complément exceptionnel.

Après la longue discussion à laquelle je viens de me livrer je n'ai pas besoin de m'étendre sur ce point : elle me paraît établir que la dysménorrhée pseudo-membraneuse, qui, suivant la remarque de M. Tilt (1), se manifeste dans la métrite interne et dans le catarrhe utérin, ne peut être considérée comme une affection spéciale, et que la rétention menstruelle temporaire, qui constitue un des éléments de ce syndrome, doit en particulier être rapporté comme

(1) Tilt, *loc. cit.*

mécanisme semblable à celui qui, dans la cystite du col, donne lieu à la rétention urinaire.

Mais j'ai besoin de m'arrêter sur ce point très important pour mon sujet. J'ai paru jusqu'à présent admettre que la rétention menstruelle, dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, était le fait de l'obstacle apporté par la membrane dysménorrhéale à l'écoulement des règles; j'ai actuellement à exposer les raisons qui m'empêchent d'accepter complétement cette opinion, qui me font même croire que le trouble de l'excrétion, au lieu de pouvoir être attribué à cette cause, doit être rattaché à l'état morbide de la muqueuse utérine et plus particulièrement à l'état morbide de la muqueuse cervico-utérine. Je rejette le mécanisme proposé par madame Boivin (1) pour expliquer la rétention menstruelle temporaire qui s'observe dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, parce que ce mécanisme, que semblaient légitimer les particularités des deux observations qu'elle a rapportées, se trouve en défaut pour les deux observations que j'ai rapprochées de celles de cet auteur, et dont l'une, celle de M. Dufour, est cependant presque en tout semblable aux observations de madame Boivin. En effet, s'il est possible d'admettre dans les observations de madame Boivin que la membrane dysménorrhéale complète pouvait, malgré l'existence de l'ouverture inférieure correspondant à l'orifice utérin que présentait cette membrane, empêcher l'expulsion des caillots sanguins qu'elle renfermait dans sa cavité, on ne peut croire que la membrane dysménorrhéale, qui est sortie complète, mais aplatie par les caillots sanguins dans l'observation de M. Dufour, ait été le véritable obstacle à la sortie du sang, qui, au lieu d'être contenu dans l'exfoliation utérine dans ce fait, au contraire l'enveloppait entièrement. J'accepte volontiers que l'engagement dans l'orifice utérin de la membrane dysménorrhéale, détachée de la muqueuse utérine et devenue flottante au milieu de la sécrétion menstruelle, a pu rendre momentanément difficile la sortie du sang comme le ferait un caillot sanguin; mais je ne crois pas qu'il aurait pu entraver l'excrétion, d'une manière aussi marquée et aussi prolongée que cela a eu lieu dans les observations précédentes, si à cet obstacle physique n'était venu se joindre un défaut de dilatation du col utérin.

Les réflexions que je viens d'émettre à propos de l'observation

(1) Boivin et Dugès, *loc. cit.*

dysménorrhées symptomatiques d'un état morbide de la muqueuse utérine. Je crois que, dans tous ces cas, dont j'aurai à rapporter des observations dans les mémoires suivants, les accidents dysménorrhéiques, doivent être rapportés au défaut de dilatation régulière du col utérin entravé dans ses fonctions par l'état morbide dont il est le siége. Je suis même disposé à croire que c'est à cette cause qu'on doit attribuer le plus grand nombre des rétentions menstruelles qui s'observent dans les déviations utérines dont j'ai actuellement à m'occuper.

§ 6. — Dans quelques-unes des observations précédentes (1), nous avons vu, sous l'influence de la rétention menstruelle et du travail pathologique qu'elle suscitait, se produire sous nos yeux des déviations plus ou moins marquées de l'utérus, parfois même des inflexions du corps et du col de cet organe l'un sur l'autre, qui venaient augmenter la difficulté d'émission du retentum menstruel. Les déviations dans ces faits étaient secondaires au trouble fonctionnel, et par conséquent ne sont pas ici en cause; mais, dans d'autres faits, la déviation préexiste à la rétention et ainsi peut être ou du moins peut sembler être la cause du défaut d'excrétion qui survient postérieurement au déplacement de la matrice. La restriction que je viens d'émettre indique que, depuis mon premier travail (2), mon opinion sur l'influence des déviations a été fort ébranlée par tout ce que j'ai observé, ou mieux, pour dire toute la vérité, par ce que mon ami et collaborateur Goupil m'a fait observer. Elle a été ébranlée, en particulier, par l'inconstance des accidents dysménorrhéiques, qui tantôt existent tantôt n'existent pas dans des déviations, qui cependant sont identiques au point de vue du déplacement ou de la déformation que présente la matrice, et par la multiplicité des lésions qui, dans les premiers de ces cas, coexistent à la déviation, et auxquelles on peut légitimement attribuer le trouble fonctionnel. Malgré le doute sur l'influence réelle des déviations utérines pour la production des accidents dysménorrhéiques, que font naître les circonstances que je viens d'indiquer et en particulier l'existence constante d'une affection catarrhale ou inflammatoire du col, avec ou sans augmentation de volume de cet organe, dans les déviations dysménorrhéales, j'ai conservé à ces faits une place distincte. Je l'ai

(1) Obs. XIX, p. 104; obs. XXIII, p. 121.
(2) G. Bernutz, *Arch.*, t. XIX, p. 197.

l'exagération de l'hypertrophie menstruelle, à l'état morbide de la muqueuse utérine. La dysménorrhée qui s'observe dans ces circonstances rentre ainsi dans une des lois générales de la pathologie, savoir : que l'inflammation d'un canal excréteur entrave d'une manière plus ou moins complète les fonctions que cet organe doit normalement accomplir.

Mais c'est trop m'appesantir sur les quelques faits assez rares de dysménorrhée pseudo-membraneuse que j'ai pu réunir; je ne l'aurais pas fait si la détermination nosologique de cette affection symptomatique ne dominait son histoire pathologique encore si peu faite et surtout son traitement, qui doit non-seulement avoir pour but, pendant les accès dysménorrhéiques, de rendre plus facile l'excrétion, mais aussi, dans l'intervalle de ceux-ci, de guérir, si faire se peut, l'affection catarrhale dont la dysménorrhée n'est qu'un épiphénomène. Cette dernière indication, qui peut paraître la moins pressante, est l'indication principale, mais aussi la plus difficile à remplir, parce que le catarrhe utérin, lorsqu'il est chronique, est dans le plus grand nombre des cas une manifestation diathésique, bien souvent alors une manifestation scrofuleuse, qui pourra d'autant moins facilement être amendée que fréquemment la malade est en même temps en proie à une anémie qui est par elle-même une cause de catarrhe utérin. Du reste, je dois dire que c'est moins pour l'histoire pathologique de la dysménorrhée pseudo-membraneuse dont les auteurs anglais me paraissent avoir exagéré l'importance en se préoccupant de l'expulsion, lors des règles, de débris souvent fort insignifiants de l'exfoliation utérine, que pour l'histoire du catarrhe utérin, dont la première affection n'est qu'un symptôme, que je suis entré dans tous les développements précédents. J'ai cru devoir le faire pour appeler l'attention sur les accidents dysménorrhéiques qui se produisent dans les blennorrhagies utérines aiguës et chroniques, dans les diverses variétés du catarrhe utérin dans lequel rentre l'affection caractérisée anatomiquement par le développement de fongosités qu'on s'est efforcé de détruire par la curette et par toutes espèces de caustiques, et qui n'est qu'une modalité de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine, susceptible comme les granulations laryngo-pharyngiennes dont elles sont l'analogue, de se présenter sous l'influence de différentes diathèses. Ce que j'ai dit des dysménorrhées pseudo-membraneuses peut s'appliquer à toutes les

dysménorrhées symptomatiques d'un état morbide de la muqueuse utérine. Je crois que, dans tous ces cas, dont j'aurai à rapporter des observations dans les mémoires suivants, les accidents dysménorrhéiques, doivent être rapportés au défaut de dilatation régulière du col utérin entravé dans ses fonctions par l'état morbide dont il est le siége. Je suis même disposé à croire que c'est à cette cause qu'on doit attribuer le plus grand nombre des rétentions menstruelles qui s'observent dans les déviations utérines dont j'ai actuellement à m'occuper.

§ 6. — Dans quelques-unes des observations précédentes (1), nous avons vu, sous l'influence de la rétention menstruelle et du travail pathologique qu'elle suscitait, se produire sous nos yeux des déviations plus ou moins marquées de l'utérus, parfois même des inflexions du corps et du col de cet organe l'un sur l'autre, qui venaient augmenter la difficulté d'émission du retentum menstruel. Les déviations dans ces faits étaient secondaires au trouble fonctionnel, et par conséquent ne sont pas ici en cause; mais, dans d'autres faits, la déviation préexiste à la rétention et ainsi peut être ou du moins peut sembler être la cause du défaut d'excrétion qui survient postérieurement au déplacement de la matrice. La restriction que je viens d'émettre indique que, depuis mon premier travail (2), mon opinion sur l'influence des déviations a été fort ébranlée par tout ce que j'ai observé, ou mieux, pour dire toute la vérité, par ce que mon ami et collaborateur Goupil m'a fait observer. Elle a été ébranlée, en particulier, par l'inconstance des accidents dysménorrhéiques, qui tantôt existent tantôt n'existent pas dans des déviations, qui cependant sont identiques au point de vue du déplacement ou de la déformation que présente la matrice, et par la multiplicité des lésions qui, dans les premiers de ces cas, coexistent à la déviation, et auxquelles on peut légitimement attribuer le trouble fonctionnel. Malgré le doute sur l'influence réelle des déviations utérines pour la production des accidents dysménorrhéiques, que font naître les circonstances que je viens d'indiquer et en particulier l'existence constante d'une affection catarrhale ou inflammatoire du col, avec ou sans augmentation de volume de cet organe, dans les déviations dysménorrhéales, j'ai conservé à ces faits une place distincte. Je l'ai

(1) Obs. XIX, p. 104; obs. XXIII, p. 121.
(2) G. Bernutz, *Arch.*, t. XIX, p. 197.

fait parce que, pour démontrer que la déviation dans ces circonstances ne joue qu'un rôle accessoire, il faudrait entrer dans de très longs développements qui se trouveront dans le travail sur les déplacements utérins qui appartient en propre à Goupil et qui formera le quatrième mémoire de ce volume. J'y renvoie d'autant plus volontiers que je ne puis ici présenter complet le tableau des dysménorrhées symptomatiques de l'inflammation franche ou catarrhale de la muqueuse utérine, dans lesquelles me paraissent rentrer et la dysménorrhée pseudo-membraneuse et les dysménorrhées qui s'observent dans les déviations, qui exigerait pour être tracé que l'on ait, au préalable, exposé l'histoire actuellement si peu faite du catarrhe utérin que je ne pourrai aborder qu'ultérieurement. Je regrette beaucoup de n'avoir pu combler cette immense lacune que présentera mon travail, parce qu'une connaissance plus approfondie de la rétention menstruelle, symptomatique des affections inflammatoires de la muqueuse utérine, serait nécessaire pour apprécier, plus complétement que je n'ai pu le faire, les phases diverses que présentent les dysménorrhées spasmodiques qui constituent notre septième espèce.

§. 7. — Dans cette espèce, la plus fréquente de toutes, mais dont les accidents sont le plus souvent si légers que les malades ne réclament point les conseils du médecin, l'excrétion est momentanément empêchée par la contraction spasmodique du canal excréteur, et en particulier par la contraction spasmodique du col utérin. Ce spasme, éphémère comme toutes les contractions de cette espèce, ne donnerait jamais lieu sans doute qu'à un trouble passager, si un nouvel état pathologique ne venait bientôt se joindre à lui ou lui succéder, ou si, au contraire, ce spasme n'était venu se surajouter à une augmentation de volume ou à une affection catarrhale de cet organe antécédente, et n'était alors le point de départ de la série d'accidents qui se trouvent indiqués dans les observations que j'ai à rapporter. J'appellerai tout particulièrement l'attention sur la première de ces observations, qui est très intéressante.

OBSERVATION XXVIII. — *Suppression d'un flux sanguin déterminée trois fois par de violents accès de colère. — Retour à la santé. — Violent emportement qui détermine une quatrième fois une suppression brusque du flux menstruel. — Apparition presque instantanée des accidents qui vont augmentant pendant une dizaine de jours. — Suspension momentanée des contractions utérines par des injections laudanisées. — Retour et énergie plus grande de ces contractions sous l'influence du seigle ergoté. — Expulsion d'un sang semi-putréfié dont la quantité augmente en même temps que ses caractères sont modifiés. — Amélioration rapide.*

Le 13 octobre 1847 entre à la Pitié, dans le service de M. Piédagnel, salle Saint-Thomas, n° 1, Dufour (Julie), âgée de trente-sept ans, lingère, demeurant rue de l'Hôtel-de-Ville, n° 27. Cette femme, brune, au visage assez vivement coloré, d'un tempérament sanguin, paraît d'une bonne constitution. La première menstruation a eu lieu à l'âge de quatorze ans; elle ne fut précédée d'aucun accident notable. Depuis les règles reviennent tous les trente jours, abondantes, contenant des caillots sanguins, elles durent trois ou quatre jours. Mariée à l'âge de vingt ans, elle n'a jamais eu ni grossesse ni fausse couche. Malheureuse en ménage, elle a souvent de vives contrariétés qui excitent chez elle des colères violentes, qui, à quatre reprises différentes, ont donné lieu à des accidents du côté des organes génitaux.

La première fois, il y a neuf ans, suppression brusque de l'écoulement menstruel, suivie bientôt de douleurs intenses dans le ventre et à la région lombaire, qui augmentent pendant une dizaine de jours, s'amendent ensuite, quand sous l'influence du repos, de cataplasmes, de bains, s'écoule par la vulve un sang infect d'un gris noirâtre. Ce flux persiste pendant une dizaine de jours, au bout desquels la malade revient à une bonne santé que confirme la régularité ultérieure des menstruations.

La seconde fois, il y a sept ans, huit jours après la fin des règles, métrorrhagie abondante qui s'arrête au bout de quelques heures. Alors manifestation de douleurs analogues à celles qu'elle avait éprouvées deux ans auparavant. Ces douleurs augmentent; le septième jour, la malade est obligée d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'existence d'une tumeur hypogastrique, qui paraît avoir occupé la fosse iliaque droite. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'examen de la tumeur et des matières fécales fait reconnaître l'ouverture de l'abcès dans l'intestin. Assez rapidement améliorée, la malade sort de l'hôpital le dix-septième jour après son entrée, le vingt-quatrième jour de la maladie. Retournée chez elle, cette femme fut plus de deux mois pour recouvrer complétement la santé, qui resta bonne jusqu'il y a quatre ans.

A cette époque, un nouvel accès de colère, survenu quinze jours après

l'époque menstruelle, détermine encore une perte de quelques heures de durée seulement, dont la suspension brusque donne lieu à une manifestation nouvelle de douleurs abdominales et lombaires. Elle entre à l'Hôtel-Dieu deux jours après le début des accidents ; elle en sort guérie au bout de huit jours, sans que cette fois les sangsues, les bains mis en usage aient occasionné un écoulement sanguin.

Depuis cette dernière maladie, cette femme ne présentait aucun signe d'une affection utérine; les règles étaient régulières, abondantes, sans douleur.

Suivant la malade, elle n'a pas eu d'autres maladies sérieuses que celles que je viens d'indiquer. Elle était en bonne santé, les règles parues le matin coulaient abondamment depuis six heures, lorsque le 7 octobre elle éprouva une vive contrariété qui excita comme précédemment un violent accès de colère. Aussitôt suppression de l'écoulement. Le soir, frisson intense suivi de céphalalgie et d'une fièvre bien marquée qui dure toute la nuit. Le lendemain, douleurs dans le ventre et dans les lombes. Depuis, les douleurs ont été en augmentant ; non-seulement la malade éprouve un sentiment de pesanteur dans le bassin, mais encore des douleurs, sortes de crampes, qui tantôt se portent des lombes vers la matrice, tantôt occupent un point quelconque de la tumeur qui existe derrière le pubis. Depuis deux jours pressants besoins d'uriner qui reviennent souvent et ne donnent lieu qu'à l'émission de quelques gouttes d'urine, qui est suivie de ténesmes vésicaux ; défaut d'appétit, soif ardente ; constipation depuis dix jours ; tous les soirs, frissons qui durent une heure à peu près, suivis de sueurs qui persistent pendant la plus grande partie de la nuit. C'est cette aggravation continue des accidents qui a décidé la malade à venir à l'hôpital, où elle présente l'état suivant :

14 octobre. — Décubitus variable fréquemment renouvelé, mais le plus souvent dorsal ; facies bon, offrant seulement de moment en moment l'expression d'une douleur passagère. Intelligence bien nette, mémoire très précise. Plus de céphalalgie depuis six jours, pas de convulsions.

Anorexie, soif très vive, langue large, souple, humide, un peu blanchâtre au centre ; pas de nausées, ni de vomissements, ni de coliques. Constipation depuis dix jours. Abdomen assez souple supérieurement, tendu dans sa partie inférieure saillante où existe une contraction énergique et permanente des muscles droits. La pression est facilement supportée au-dessus de l'ombilic ; très douloureuse au-dessous, elle détermine des plaintes très vives lorsqu'on l'exerce dans la partie médiane inférieure et surtout dans la partie interne de la fosse iliaque droite. Quand on peut vaincre la contracture des muscles droits, on sent au-dessus de la symphyse pubienne, dans la hauteur de deux travers de doigt, une tuméfaction arrondie qui ne se prolonge ni dans l'une ni dans l'autre des fosses iliaques qui sont libres. C'est cette tumeur qui est le siége des douleurs intermittentes dont la malade se plaint si vivement, qui reviennent spontanément, mais qui reparaissent plus vives et plus fréquentes

par la pression de la tumeur ou par l'exploration vaginale. Cette tumeur est dure, ferme, presque immobile; elle transmet directement au doigt, appliqué sur le col utérin, les pressions qu'on exerce sur elle par l'abdomen.

Pour arriver jusqu'au col il faut franchir un léger rétrécissement formé par une bride assez dure siégeant sur la paroi postérieure du vagin tout près de son orifice vulvaire, le vagin paraît normal, bien que sa partie supérieure soit très élargie, surtout dans le sens transversal. On trouve le col utérin à sa hauteur normale, mais très fortement porté en arrière. Ce col, petit, très court, très dur, présente un orifice très peu étendu, linéaire, complétement fermé, circonscrit par deux lèvres à peine marquées; il vient appuyer contre la paroi postérieure du vagin. Le col paraît former un petit appendice conoïde, à base étroite, surajouté à l'utérus dont la partie inférieure globuleuse dépasse de chaque côté les limites du cul-de-sac vaginal. La face antérieure de la matrice, inclinée vers le pubis, peut être assez facilement parcourue dans toute son étendue. Elle est ferme, sans dureté anormale, sans bosselure, non dépressible, et ne présente pas de fluctuation sensible. La matrice augmentée de poids paraît enclavée dans sa position anormale, on peut la soulever et la ramener un peu en arrière, mais on ne peut lui imprimer des mouvements de latéralité. Entre l'utérus et le pubis, on trouve la vessie d'un petit volume, la sonde parcourt facilement toute son étendue sans rien rencontrer d'anormal. On retire par ce moyen une petite quantité d'urine qui sort ainsi sans douleur. Le toucher rectal permet de reconnaître la saillie formée par le col utérin, au-dessus de celle-ci il n'est pas possible d'atteindre la face postérieure de l'utérus. Pas de traces d'écoulement par le vagin.

La miction presque involontaire, fréquente, douloureuse, est suivie de ténesmes vésicaux. Les membres inférieurs sains ne présentent pas de fourmillements. Les seins conservent leur volume et leur consistance habituels. Fonctions respiratoires et circulatoires normales. Pouls assez large, mou, à 96. Chaleur de la peau naturelle. Hier soir frisson pendant une heure, suivi de sueur qui a duré la plus grande partie de la nuit. — Prescription : Tilleul. Huit sangsues dans les plis génito-cruraux. Injection laudanisée (ter). Cataplasmes. Diète.

Le 15. — La malade a eu un calme de deux heures après chaque injection contenant chacune huit gouttes de laudanum, pendant ce calme le ventre cessait d'être douloureux, aucune tranchée utérine ne se manifestait, le sentiment de pesanteur vers le fondement persistait seul. Mais, après la rémission du soir, les douleurs utérines se sont réveillées plus intenses, elles ont empêché la malade d'avoir la nuit un seul instant de repos. Ce matin la malade, sous l'influence de la troisième injection, n'éprouve pas la moindre douleur spontanée; la pression de l'abdomen, qui inférieurement offre encore une contracture énergique, est à peine sensible, excepté dans les fosses iliaques. La tuméfaction offre le même état. Pas d'écoulement.

Face légèrement pâlie. Anorexie, soif très vive. Langue limoneuse, pas de nausées ni de vomissements. Constipation. Pouls petit, faible, à 104. Chaleur de la peau naturelle. Le frisson et la sueur ont manqué hier au soir. — Prescription : Tilleul 2 pots. Potion contenant un gramme de seigle ergoté, potion purgative. Injections émollientes. Bain prolongé. Deux bouillons.

Le 16. — En sortant du bain la malade s'est aperçue d'un écoulement très peu abondant d'un sang noir décomposé, dit-elle, qui s'est arrêté aussitôt qu'elle a été replacée dans son lit. La journée a été bonne jusqu'au moment où elle a vomi d'abord la potion purgative, puis ensuite le seigle ergoté. Soulagée de nouveau par les selles abondantes qui ont été provoquées par un lavement purgatif, la malade a vu renaître bientôt les douleurs intermittentes qui ont continué toute la nuit. Ce matin, le facies est assez bon, légèrement coloré, appétit léger, langue blanche, couverte d'un enduit limoneux; pas de nausées ni de coliques; l'abdomen, moins tendu, offre seulement une résistance marquée au-dessus du pubis, la pression de cette région détermine des douleurs assez vives, tandis que plus haut elle est facilement supportée. Même état de l'utérus. Miction toujours douloureuse suivie de ténesmes vésicaux. Pouls petit, faible, à 85-90. Température de la peau naturelle. Plus de frisson le soir. — Prescription : Absinthe. Seigle ergoté, 2 grammes en six petits paquets à prendre à demi-heure d'intervalle, trois le matin et trois le soir. Bain prolongé. Injections émollientes. Lavement simple. Deux bouillons, deux potages.

Le 17. — La malade a eu encore, en sortant du bain, un écoulement peu abondant qui s'est arrêté bientôt. Il a reparu dans la soirée après l'administration du seigle ergoté, qui fut suivi d'un sentiment de pesanteur très difficile à supporter et de coliques utérines plus vives que jamais, pendant lesquelles, dit la malade, elle sentait une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche; le sang, perdu en petite quantité, produit sur le linge des taches d'un brun noir (sépia foncée) d'une odeur nauséabonde. Les douleurs et l'écoulement se sont bientôt suspendus, la nuit a été calme, la malade a pu reposer d'une manière paisible.

Ce matin, elle éprouve seulement un sentiment de pesanteur, mais les douleurs intermittentes ont cessé. L'abdomen est souple, il est à peine sensible au-dessus du pubis où existe une saillie très légère qui se prolonge dans la partie attenante de la fosse iliaque droite; même état de l'utérus, pas d'écoulement. Appétit faible, soif vive, langue limoneuse, pas de nausées; la malade a vomi hier matin le bouillon, qui a été bien digéré le soir. Une selle abondante provoquée par le lavement. Miction abondante, facile, accompagnée seulement d'un peu d'ardeur. Pouls très petit, faible, à 84. Température de la peau naturelle. — Même prescription. Aliments : un cinquième.

Le 18. — La malade a eu encore dans le bain un écoulement de sang peu abondant qui s'arrêta aussitôt qu'elle en fut sortie. Bientôt après l'administra-

tion du seigle ergoté a donné lieu à des douleurs intermittentes, très violentes, qui furent suivies à deux ou trois reprises de l'expulsion instantanée d'une quantité assez notable de sang noir qui laisse sur le linge des taches d'un bistre foncé. Depuis, écoulement continu d'une quantité de sang très peu considérable dont les taches brunes au centre présentent à leur pourtour une coloration carminée.

Facies bon, appétit modéré, soif vive, ni nausées ni vomissement, pas de selles. Abdomen actuellement souple, indolent à la pression, mais qui hier pendant les tranchées utérines présentait dans les fosses iliaques des duretés, et alors supportait péniblement le contact. L'utérus ne dépasse plus le pubis, les fosses iliaques sont libres. L'orifice du col utérin, très fortement porté en arrière, est légèrement dilaté; il présente à son pourtour quelques bosselures irrégulières, très dures. Le volume et le poids de la matrice paraissent diminués. Mobilité plus grande. La partie inférieure de l'organe a cessé d'être élargie comme antérieurement. Elle ne dépasse plus les limites du cul-de sac vaginal. La face antérieure très fortement inclinée vers le pubis peut être parcourue dans toute son étendue, elle présente les mêmes caractères qu'antérieurement. Cette exploration ne provoque aucune douleur. Miction facile; douloureuse seulement pendant les tranchées utérines. Pouls plus fort, plus plein, à 80, 84. Chaleur de la peau bonne. — Prescription : Absinthe. Seigle ergoté, un gramme en trois prises. Bain. Lavement simple. Deux cinquièmes.

Le 20. — La journée du 18 a été bonne jusqu'au moment où la malade prit le seigle ergoté. Depuis ce moment, douleurs utérines très énergiques, qui, après avoir diminué dans le bain, sont revenues aussi marquées et ont persisté très violentes toute la nuit, et n'ont cessé que ce matin. Depuis hier l'écoulement sanguin est devenu assez abondant; une partie des taches sont encore grisâtres, bistres, tandis que d'autres offrent une coloration violacée bien franche.

Ce matin la malade se trouve bien, elle n'éprouve plus de douleurs intermittentes; la pesanteur ressentie vers le fondement est presque nulle, elle est sentie seulement dans la station ou dans la position assise. Appétit modéré, soif vive, pas de selle; abdomen souple, indolent, ne présentant aucune tuméfaction, soit dans la région hypogastrique, soit dans les fosses iliaques. Pouls, à 72. Bonne chaleur de la peau. — Prescription : Absinthe. Bain. Injections émollientes. Lavement huileux. Deux cinquièmes.

Le 22. — Dans la journée du 20 l'écoulement s'arrêta, revint à la suite de coliques utérines que la malade éprouva dans le bain, se suspendit de nouveau pour recommencer après le bain. Pendant toute cette journée et la nuit, il fut peu abondant, gris-brunâtre. Depuis ce matin écoulement abondant d'un sang rouge, rutilant, semblable au flux menstruel.

Depuis hier matin la malade n'a éprouvé aucune douleur; la pesanteur vers le fondement est nulle; elle n'a pas été rappelée par le trajet à pied que la

malade a fait pour revenir du bain. Appétit très vif, soif modérée; une selle normale; abdomen souple, indolent, légère cuisson à l'orifice vulvaire. L'utérus, toujours très fortement incliné vers le pubis, présente le même état, son col est toujours tourné vers le rectum. On peut introduire l'extrémité du doigt dans son orifice, qui est légèrement ramolli, mais bordé par trois ou quatre saillies indurées. Rien dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher ne détermine d'autre douleur que celle que fait éprouver la pression de la racine du doigt contre le pourtour de l'orifice vulvaire. Miction sans douleur. Pouls, 68-72. Température de la peau naturelle.

La malade veut sortir malgré les observations qu'on peut lui faire; elle se trouve bien. Nous l'avons revue quelques temps après. L'écoulement a duré trois jours encore après la sortie de l'hôpital. A l'époque menstruelle suivante, les règles sont venues et n'ont rien présenté d'insolite. Nous l'avons perdue de vue depuis.

Je crois inutile d'ajouter aucune réflexion à cette observation et en particulier de démontrer que dans ce fait la rétention menstruelle, si nettement caractérisée, qu'a présentée cette malade, ne peut être attribuée à la légère rétroversion d'ancienne date qu'offrait l'utérus, puisque cette déviation, dont il est permis de rapporter la production à l'affection pelvienne antérieure terminée par une évacuation purulente rectale, n'avait en rien, pendant les sept années écoulées depuis cette maladie, entravé l'excrétion menstruelle. Malheureusement il n'en pourra être de même pour l'observation suivante, qui doit recevoir une interprétation un peu différente de celle que je lui ai donnée dans mon mémoire de 1848, ce que je me plais le premier à reconnaître.

OBSERVATION XXIX. — *Suppression brusque des règles déterminée par une ablution froide suivie bientôt d'accidents. — Aggravation des symptômes à l'époque menstruelle suivante. — Développement des tumeurs hypogastriques. — Péritonite. — Rétablissement du flux menstruel, amendement des accidents. — Diminution des tumeurs à mesure que l'écoulement se produit au dehors. — Guérison rapide. — Induration du ligament large gauche.*

Le 24 octobre 1844 vint seule, à pied, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Piédagnel, salle Sainte-Marie, n° 2, Lacasse, lingère, âgée de vingt-six ans, demeurant rue Saint-Antoine. Cette femme, d'un tempérament sanguin, d'un visage vivement coloré, paraît d'une bonne constitution. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans, mais avant cette pre-

mière menstruation elle avait été sujette pendant plusieurs mois à des douleurs abdominales qui paraissaient à d'assez longs intervalles, et s'accompagnaient d'accès d'hystérie dans ses dernières manifestations. Depuis la première menstruation, les accès hystériques n'ont pas reparu, les règles sont revenues régulièrement tous les vingt-quatre jours, mais tantôt elles duraient deux ou trois jours, tantôt elles se prolongeaient pendant toute la semaine; la quantité de sang perdu était également variable. Mariée à dix-sept ans, cette femme n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Elle était bien portante; ses règles, qui n'avaient rien présenté d'anormal depuis leur début, qui ne peut être précisé, ne coulaient presque plus, lorsque le 5 ou le 6 de ce mois elle se lava les parties génitales avec de l'eau froide. L'écoulement menstruel s'arrêta aussitôt. Depuis cette époque la malade commença à souffrir dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque. Le médecin qui fut appelé fit appliquer des cataplasmes sur l'abdomen, prendre des lavements et boire à plusieurs reprises de l'eau de Sedlitz pour vaincre la constipation survenue depuis la suppression cataméniale.

L'écoulement ne reparut pas. La douleur persista dans le même point sans amélioration notable; depuis deux ou trois jours elle est plus intense, accompagnée d'un malaise général et de ténesmes vésicaux qui reviennent chaque fois que la malade est obligée d'uriner, ce qui arrive fort souvent; ce sont ces accidents qui ont engagé cette femme à venir à l'hôpital. Au moment de l'entrée, l'état de cette malade paraissait très peu grave; il persista ainsi jusque dans la soirée, où alors sans frisson initial les douleurs devinrent très violentes. Ces douleurs intermittentes s'exaspérant par intervalles, laissant dans d'autres des moments de calme incomplet, rendent la nuit très mauvaise. La malade, en proie à une impatience continuelle, se lève et se promène une partie de la nuit, parce qu'il lui semblait que la marche rendait ses douleurs moins pénibles.

Le 25. — Facies assez bon, mais moins calme qu'hier soir. L'intelligence et les sens n'offrent aucun trouble notable. Inappétence, soif modérée, langue normale; pas de nausées ni de vomissements; pas de selles depuis trente-six heures. L'abdomen ne présente pas de tension marquée, bien que la malade se plaigne ce matin d'une douleur qui en occuperait toute l'étendue et qui serait plus vive dans la partie inférieure, surtout dans la fosse iliaque gauche. Outre cette douleur continue, elle en ressent de plus vives, mais intermittentes, et qui, suivant elle, se portent du pubis vers le fondement.

La pression, qui hier n'était douloureuse qu'inférieurement, est aujourd'hui pénible dans tous les points de l'abdomen, mais elle peut être supportée, excepté dans les fosses iliaques, surtout à droite. On trouve derrière le ligament de Fallope gauche, qu'elle déborde, une tumeur arrondie, qui, par sa position profonde, paraît indépendante des parois abdominales. Cette tumeur adhère par sa partie interne à l'utérus, qui dépasse lui-même le pubis dans

une certaine étendue; elle est distincte de cet organe par sa hauteur plus grande et par un sillon de séparation qui existe entre ces deux parties. Cette tumeur présente une élasticité qui se rapproche de la fluctuation.

Les parties génitales n'offrent aucune trace d'écoulement. Le col, arrondi, sans déchirure ni ulcération, augmenté de volume, est situé à un demi-pouce de l'orifice vulvaire. L'utérus, peu mobile, comme enclavé dans cette position, ne peut être incliné ni vers l'une ni vers l'autre fosse iliaque; mais on peut le soulever légèrement. Les mouvements imprimés au col se communiquent en partie à la tumeur iliaque que nous n'avions pas perçue hier à la visite du soir, c'est-à-dire avant l'exacerbation des douleurs. Les urines ont été rendues en quantité normale; leur émission est accompagnée seulement d'un sentiment d'ardeur. Fonctions respiratoires saines; pouls assez large, fort, plein, à 80. Chaleur de la peau naturelle. — Prescription : Limonade. Potion purgative. Saignée : quatre palettes. Cataplasmes. Diète.

Le 26. — Hier, dans la soirée, la malade a éprouvé un frisson intense qui a été suivi d'une sueur froide, mais de peu de durée. Elle n'a pas eu un instant de repos la nuit. Aujourd'hui facies anxieux, mais sans offrir cet aspect profondément grippé que l'on voit habituellement dans les péritonites. Presque immobile dans son lit, la malade n'ose faire un mouvement ni même une inspiration profonde, de peur d'exaspérer la douleur abdominale très vive qu'elle ressent, surtout dans la fosse iliaque droite. Les douleurs, d'un caractère spécial, qui étaient senties vers le fondement, ne sont plus accusées par la malade. L'abdomen offre une tension bien marquée; la moindre pression est très douloureuse. Anorexie, soif modérée; pas de nausées ni de vomissements; pas de selles, malgré l'ingestion de la portion purgative. Pouls petit, serré (abdominal), 120. Prescription : Limonade. Potion purgative. Trente sangsues à la partie supérieure des cuisses. Cataplasmes sur le ventre. Diète.

Le 27. — Hier soir, malgré la perte de sang abondante produite par les sangsues, les accidents s'étaient encore aggravés. La tension et la sensibilité de l'abdomen étaient très grandes; la malade avait eu deux vomissements, pas de selles. Pouls, 102. Je fis de nouveau appliquer trente sangsues sur les fosses iliaques.

Ce matin, l'état général est toujours mauvais. La douleur abdominale continue ressentie par la malade lui paraît un peu moins cruelle; mais elle se plaint de douleurs sourdes, sortes d'élancements qui par instants se porteraient de la région lombaire dans le bassin et surtout vers le fondement. Le moindre mouvement, la moindre pression, sont excessivement pénibles. La tension paraît avoir un peu diminué. Vomissement cette nuit. Constipation. Pouls petit, serré (100). Prescription : Limonade. Eau de Seltz. Lavement purgatif. Cataplasmes. Diète.

Le 28. — La malade se trouve mieux; état général meilleur. Cette amélioration a commencé, dit-elle, hier soir depuis qu'elle a été prise d'un écoule-

ment sanguin par la vulve, qui persiste aujourd'hui. La quantité de sang perdue est peu considérable. La tension et la sensibilité abdominale ont diminué, la pression est toujours très pénible, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Les douleurs lombaires persistent, conservant leur caractère intermittent. Plus de vomissement; trois selles après le lavement purgatif. — Prescription : Limonade. Eau de Seltz. Lavement simple. Cataplasmes. Diète.

Le 29. — Amélioration bien sensible, facies naturel. La malade peut se mouvoir, respirer largement, sans voir renaître les douleurs qui sont presque nulles spontanément. Tension du ventre limitée à la partie inférieure de l'abdomen. Pression peu douloureuse, excepté au niveau des fosses iliaques. Insupportable à droite, elle permet de déprimer la fosse iliaque gauche où l'on sent une tuméfaction arrondie peu considérable qu'on ne peut limiter exactement à cause des douleurs que cette exploration détermine; cette tumeur paraît siéger dans le ligament large. Au lieu des élancements que la malade ressentait dans le bassin, elle n'éprouve plus que quelques coliques passagères. L'écoulement continue peu abondant; prurit léger de la vulve.

Anorexie, soif modérée; pas de nausées; une selle provoquée par le lavement; ardeur en urinant. Les caractères du pouls normaux, à 80. Température de la peau naturelle. — Prescription : Limonade. Eau de Seltz. Cataplasmes. Lait.

Le 31. — L'amélioration continue. La malade n'éprouve plus spontanément dans l'abdomen que quelques coliques passagères siégeant toujours en arrière du pubis. Les mouvements sont encore un peu douloureux. Abdomen souple, excepté dans la fosse iliaque gauche dont la pression est très pénible, tandis qu'elle est assez facilement supportée à droite où primitivement existait la sensibilité la plus vive.

L'écoulement sanguin continue, mais depuis hier soir il est très peu abondant. Le prurit vulvaire a presque disparu. Col utérin toujours très abaissé, volumineux; l'utérus également augmenté de volume, peu mobile; il peut cependant être plus facilement porté vers la fosse iliaque droite. Cuisson en urinant moindre. Dégoût pour les aliments. Soif modérée. Amertume de la bouche. Pas de nausées. Pas de selles depuis le 28. Pouls normal, à 72. Chaleur de la peau naturelle. — Prescription : Gomme sucrée. Cataplasme. Lavement. Diète.

1er novembre. — L'état général est bon. La malade éprouve seulement quelques coliques légères, intermittentes, toujours ressenties en arrière du pubis. L'écoulement sanguin est remplacé depuis ce matin par un écoulement blanc très peu abondant. Appétit léger. Une selle provoquée. Pouls, 65. — Prescription : Gomme sucrée. Cataplasme. Lavement purgatif. Deux potages.

4 novembre. — La malade, levée hier pour la première fois, a dû se recoucher au bout d'un quart d'heure, à cause des douleurs qu'elle éprouvait dans

les deux fosses iliaques. Aujourd'hui elle est bien ; abdomen souple ; quelques coliques utérines passagères ; la pression ne détermine de douleurs un peu marquées que lorsqu'on déprime fortement la fosse iliaque gauche, dans laquelle on sent une petite masse indurée. Écoulement blanc. Appétit assez vif. Constipation depuis les deux selles provoquées par le lavement purgatif. Pouls normal. Bonne chaleur de la peau. — Prescription : Gomme. Cataplasmes. Un cinquième d'aliments.

Le 12. — L'état général s'améliore rapidement. Les joues pâlies commencent à se colorer ; la malade a encore éprouvé hier quelques douleurs après être restée levée pendant trois heures. Dans son lit, elle n'est plus obligée de garder le décubitus dorsal, mais le décubitus latéral gauche donne encore lieu à des douleurs. L'abdomen souple conserve un peu de sensibilité dans la fosse iliaque gauche dont l'induration diminue de volume ; quelques coliques utérines, mais plus rares ; cet organe, moins abaissé, offre toujours une augmentation de volume considérable. Appétit très vif ; selles régulières depuis le 6, où pendant quarante heures a existé de la diarrhée. Pouls normal. — Même Prescription ; deux cinquièmes d'aliments.

L'amélioration fait chaque jour des progrès ; cependant la malade ne peut rester levée pendant plusieurs heures sans éprouver quelques douleurs ; elle veut sortir le 14. Depuis cette époque elle ne s'est pas représentée à l'hôpital, bien qu'elle nous ait promis de revenir si l'amélioration discontinuait ou s'il survenait de nouveaux accidents.

J'ai laissé cette observation à la place que je lui avais donnée dans mon premier travail (1), quoique je reconnaisse aujourd'hui qu'elle n'appartienne pas à l'espèce dans laquelle je l'avais rangée, afin de signaler plus explicitement par les réflexions dont je suis obligé de la faire suivre, que l'interprétation que j'en avais donnée n'était pas fondée. En effet, l'analyse des symptômes que cette malade a présentés, et surtout l'étude de l'enchaînement de ces symptômes font voir que les douleurs dysménorrhéiques, indiquant le trouble de l'excrétion, ne sont survenues que pendant la soirée du jour de l'entrée à l'hôpital, et qu'avant cette époque existaient seulement les signes de l'état morbide des organes génitaux déterminé par l'ablution froide ; elles établissent ainsi que le trouble de l'excrétion, au lieu d'être la cause de l'affection inflammatoire de la muqueuse utérine, en a été au contraire la conséquence, et doit être considéré comme l'analogue de la rétention urinaire, qui survient dans la cystite du col. Ainsi envisagée,

(1) G. Bernutz, *Archives générales, loc. cit.*, t. XXVII, p. 452.

la rétention menstruelle constitue, dans cette observation, un symptôme accessoire de l'inflammation, pour ainsi dire traumatique, dont les organes génitaux sont devenus le siége à la fin de la période cataméniale, qui, peu marquée d'abord, a pris une intensité nouvelle sous l'influence du retour de la menstruation suivante, a envahi alors soit la trompe soit l'ovaire gauche, et déterminé le développement d'une pelvi-péritonite par contiguïté et non par la migration du sang dans l'abdomen.

Je n'ai pas besoin de m'étendre sur ce dernier point qui sera longuement discuté dans un des mémoires suivants qui contient un certain nombre d'autopsies de malades (1), qui pendant leur vie ont offert un ensemble de symptômes tout à fait comparable à celui qu'a présenté la malade de l'observation précédente, terminée heureusement par la guérison. Mais je dois faire remarquer que ce n'est qu'après l'amendement de la péritonite qu'a pu se produire au dehors la sécrétion menstruelle, dont la rétention avait augmenté la gravité de l'affection des organes génitaux qui l'avait déterminée, de telle sorte que ce n'est qu'après la disparition de l'épiphénomène dysménorrhéique que la convalescence a commencé.

J'ai pris le soin d'insister sur l'erreur que j'avais commise dans ma première interprétation de cette observation, et de faire ressortir qu'elle provenait de ce que je n'avais pas suffisamment tenu compte de l'ordre d'apparition des accidents, pour se convaincre de l'importance que présente dans les affections des organes génitaux féminins l'étude de l'enchaînement des symptômes successifs, qui peuvent se produire, enchaînement qui constitue souvent un des principaux éléments de diagnostic. Je ne saurais trop revenir sur cette remarque, qui est d'autant mieux placée ici que les faits, dont j'ai à m'occuper dans ce paragraphe, ont été l'objet d'une foule d'interprétations mal fondées, comme j'espère le démontrer en analysant l'observation suivante, que j'emprunte à l'ouvrage de M. Duparque, et les réflexions dont il l'a fait suivre (2).

---

(1) *Pelvi-péritonite*, mémoire suiv., ou G. Bernutz et E. Goupil, *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins* (observ. II). *Arch. génér. de médec.*, 5e série, t. IX, p. 299.

(2) Duparque, *Maladies de la matrice*, 2e édit., t. I, observ. II, p. 6 et suiv.

OBSERVATION XXX. — *Interruption brusque de l'écoulement menstruel à la suite de la frayeur causée à la malade par une chute et de l'impression de l'eau froide. — Développement immédiat des accidents qui augmentent pendant quelques jours. — Retour et aggravation des accidents à chacune des trois époques menstruelles suivantes où l'écoulement menstruel ne se produit pas au dehors. — A la quatrième époque, à la suite d'un traitement antiphlogistique, expulsion d'un sang liquide et noir par des ténesmes utérins très violents. — Guérison.*

Adèle B..., âgée de dix-huit ans, d'une constitution robuste et très bien musclée, se laisse choir dans un escalier en portant un baquet d'eau froide. Elle était au premier jour de ses règles qui d'ordinaire coulaient très abondamment pendant quatre à cinq jours. *La frayeur, la commotion, l'impression de l'eau froide arrêtent brusquement l'écoulement menstruel.* Elle éprouve presque à l'instant même des douleurs sourdes dans le bas-ventre, des horripilations, des étouffements. La malade néanmoins continue ses occupations habituelles de domestique; mais dans la journée elle est souvent obligée de s'asseoir parce que les douleurs du bas-ventre et des reins deviennent plus violentes. Les seins augmentent de volume et de consistance; il survient des dégoûts et des appétits capricieux comme chez les femmes enceintes. Aux trois époques menstruelles suivantes, Adèle B... est forcée par les douleurs, alors très violentes, de garder le lit. Les seins pour lors s'affaissent, le corps maigrit, l'appétit se perd complétement; la malade éprouve dans le bas-ventre et le bassin un sentiment insupportable de tension et de pesanteur, principalement quand elle est restée debout quelques instants ou qu'elle a fait quelques pas.

La quatrième époque menstruelle approchait. Je pratiquai une saignée de quatre palettes et prescrivis un bain à 29 degrés. Le lendemain, écoulement d'un sang liquide et noir par la vulve qui paraît comme exprimé de la matrice, et ne s'écoule qu'à la suite de ténesmes utérins. Ces menstrues incomplètes durèrent quatre jours. Les douleurs avaient pris une telle intensité que la malade ne pouvait se tenir sur son séant ni se retourner sans pousser des cris aigus. Céphalalgie, fièvre, sensibilité extrême de l'hypogastre, constipation. J'avais ordonné vingt-cinq sangsues; elles ne furent pas appliquées; seulement on avait tenu le bas-ventre couvert de fomentations émollientes. Du mieux s'était manifesté pendant la nuit; le ventre était un peu plus souple et moins douloureux. Je me bornai à faire continuer les fomentations et le repos. Trois bains furent pris de suite et tout rentra dans l'ordre. A l'époque menstruelle suivante, les règles coulèrent d'elles-mêmes et abondamment, et depuis elles n'ont pas offert d'anomalie.

A la suite de cette observation, M. Duparque émet les réflexions

suivantes : « Lorsque la peau est frappée par le froid, que des bois-
» sons à la glace sont ingérées, il en résulte chez les femmes, comme
» effet sympathique, une sorte de constriction spasmodique des
» bouches exhalantes de l'utérus. Il en est de même des émotions
» morales, des frissons des fièvres intermittentes, etc. Ces causes
» agissent-elles à l'approche des règles ou seulement au début du
» molimen menstruel, elles ont pour résultat de prévenir la conges-
» tion qui la précède ; il y a donc aménorrhée sans affection utérine.
» Mais quand le molimen menstruel est en pleine activité, à la
» suppression du flux se joignent des phénomènes locaux qui indi-
» quent un état pathologique de l'utérus ; c'est ce qui est arrivé
» chez le sujet de l'observation précédente. Il est bien essentiel de
» reconnaître que, dans ce cas, l'aménorrhée n'est pas la maladie,
» mais un effet, un symptôme, une conséquence de la lésion de la
» matrice.

» Les médicaments dits emménagogues, pris dans la classe des
» stimulants, et qui ont pour effet de provoquer ou d'augmenter la
» congestion utérine, ne peuvent être alors que très nuisibles ; les
» saignées, les émollients, les bains sont les meilleurs moyens pour
» dissiper la congestion et rendre l'utérus à son état naturel, et par
» conséquent le disposer à reprendre ses fonctions habituelles. »

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup sur les détails de l'observation pour faire voir que les réflexions qui la suivent sont entièrement hypothétiques. Rien ne prouve qu'une congestion utérine ait suivi la chute qui arrêta aussitôt l'écoulement. Les douleurs sourdes du bas-ventre, les horripilations, les étouffements que la malade a ressentis presque à l'instant ne caractérisent pas une congestion utérine. Les douleurs plus violentes siégeant dans le bas-ventre et dans les reins, l'augmentation de volume et de consistance des seins, les dégoûts, les appétits capricieux qu'elle a éprouvés ensuite ne légitiment pas davantage ce diagnostic. Tous ces symptômes, à l'exception des douleurs hypogastriques et lombaires, se rencontrent dans le cas de réplétion utérine, quelle que soit la cause de cette réplétion ; M. Duparque reconnaît lui-même qu'ils étaient analogues à ceux qu'éprouvent les femmes enceintes.

Aussi je crois qu'il y a eu, dans ce cas comme dans les observations précédentes, réplétion de l'utérus, et j'accepte volontiers pour cause prochaine de cette répétition l'effet sympathique invoqué par l'auteur.

Mais je crois que cet effet sympathique a déterminé la constriction spasmodique d'une autre partie de l'utérus que celle des bouches exhalantes, fort hypothétiques. Je pense que les causes réunies qui ont supprimé l'écoulement ont agi en déterminant le spasme, la contracture du col utérin et plus spécialement de l'orifice cervico-utérin.

Cette supposition a au moins pour elle l'avantage de donner pour siége à la constriction spasmodique un organe essentiellement musculaire, qui présente souvent des spasmes très énergiques dans des circonstances qui ont la plus grande analogie avec la menstruation. Il paraît tout naturel d'admettre pendant la menstruation un spasme du col utérin qu'on rencontre dans les avortements et les accouchements. La menstruation, l'avortement, l'accouchement ne présentent-ils pas un travail physiologique dont les différences tiennent seulement aux qualités différentes du produit à émettre au dehors? Les travaux modernes démontrent en effet l'expulsion d'un ovule non fécondé par le travail menstruel, celle d'un œuf arrêté dans son développement par un travail abortif, enfin celle d'un produit viable par le travail de l'accouchement. Lorsque, dans ces circonstances, survient une contracture du col, l'action de l'utérus devient plus énergique; alors apparaissent des douleurs violentes du bas-ventre et des reins, symptômes exceptionnels d'une réplétion utérine simple, mais qu'on voit se manifester chaque fois que la matrice fait des efforts pour se débarrasser d'un corps étranger qu'elle contient.

Cependant ce travail expulsif reste sans résultat dans le fait qui nous occupe; comme dans les observations précédentes, il augmente, ainsi que la réplétion, à chacune des périodes menstruelles suivantes. Dans ce fait, l'obstacle dépendrait-il seulement de la contracture du col utérin? Il nous est impossible de le décider, puisque l'observation se tait sur l'état que présentait ce col. Cependant M. Duparque admettait l'existence d'un engorgement, puisque cette observation suit immédiatement la phrase suivante : « Toutes les » causes qui provoquent une congestion non en rapport avec la » faculté exhalante de la matrice peuvent donner lieu au dévelop- » pement d'engorgements quelquefois aigus, le plus souvent chro- » niques, de cet organe. »

J'admets volontiers qu'un engorgement de l'utérus se produise sous l'influence de l'irritation causée par le corps étranger, et de

la réaction de l'organe qui tend à l'expulser. J'admets aussi que cet engorgement, effet d'une première rétention, soit la cause des rétentions subséquentes; mais je ne comprends pas comment les causes réunies qui ont agi sur cette femme, auraient pu produire instantanément un engorgement qui arrêta *subito* l'écoulement.

Aussi je pense que cet engorgement, s'il existait, a dû se produire ultérieurement à la suppression brusque des règles. Une fois produit, il a pu être cause des accidents qui ont été augmentant à chaque période menstruelle suivante : c'est pour vaincre la résistance apportée par cet obstacle à l'écoulement menstruel que les contractions utérines sont devenues de plus en plus intenses. Cependant l'obstacle est resté insurmontable jusqu'à la quatrième époque, où, sous l'influence d'une médication antiphlogistique qui a pu avoir une heureuse influence sur l'engorgement du col, la dilatation de cet orifice a eu lieu, et alors a permis à l'hémorrhagie de se produire au dehors. Pendant quelques jours encore les douleurs ont persisté, pour cesser bientôt quand l'utérus s'est débarrassé complétement du produit qu'il retenait. Alors cet organe a pu revenir à son état naturel, et, après un mois de repos, accomplir de nouveau ses fonctions physiologiques d'une manière normale.

Ce spasme utérin peut d'ailleurs être enté sur un engorgement du col, qui seul permettait encore l'excrétion. Ce qu'il y a de remarquable dans les observations de cette quatrième espèce, que je viens de rapporter, c'est la suppression brusque du flux menstruel au moment où il était en pleine activité. Cet arrêt subit de l'écoulement donne lieu à des accidents qui, pendant le premier mois, sont généralement en rapport avec la quantité du liquide qui n'a pu s'écouler de l'utérus. Aussi les voyons-nous graves dans les observations XXVII et XXIX où la suppression a été produite quelques heures après le début de l'écoulement, légers au contraire dans l'observation XXVIII, où la rétention est survenue à la fin des règles. Mais ces nuances dans l'intensité disparaissent bientôt, lorsque se développe un engorgement du col utérin, secondaire ici, tandis qu'il était primitif dans l'espèce précédente. Dès lors, le produit accumulé de chacune des sécrétions menstruelles non excrétées donne lieu aux symptômes qu'on peut appeler caractéristiques des aménorrhées par rétention.

Une semblable succession peut également avoir lieu dans des contractions spasmodiques du col utérin, qui, au lieu d'être de cause ac-

cidentelle, comme celle des observations que je viens de rapporter, sont le fait, soit d'une maladie (de la chlorose ou de l'hystérie), soit d'une disposition congéniale difficilement définissable qui se présente chez toutes les femmes d'une même famille, et qui paraît être pour l'utérus une névrose analogue à la névrose pulmonaire appelée asthme. Je dois dire cependant qu'il est rare que ces dysménorrhées nerveuses, dont les unes sont, ainsi que je viens de l'indiquer, symptomatiques, dont les autres au contraire paraissent constituer une affection idiopathique, ne se terminent point spontanément, après quelques heures ou quelques jours de souffrances cruelles, par la production du flux cataménial, et qu'après cette excrétion orageuse tout travail pathologique ne disparaisse complétement, mais pour reparaître à peu près identique à l'époque suivante. Il semble nécessaire, dans ces circonstances, pour que se déroule la série d'accidents qui caractérise la rétention menstruelle proprement dite, c'est-à-dire la réplétion et la dilatation des cavités génitales par le produit de la sécrétion cataméniale, qu'il soit survenu, soit sous l'influence d'une cause occasionnelle, soit par la répétition du trouble fonctionnel, un changement de vitalité du col ou de la muqueuse cervico-utérine qui entrave l'excrétion d'une manière plus durable que ne pouvait le faire le spasme de la matrice. Le danger de cette génération pathologique chez les femmes congénitalement dysménorrhéiques, paraît bien plus à craindre chez celles qui, par leur forte et robuste constitution, se rapprochent du sexe masculin, et méritent le nom de *viragines*, que leur donnaient les médecins de la renaissance (1), que chez celles qui sont d'une santé plus délicate, je ne dirai pas plus féminine, parce que la dysménorrhée, chez les premières surtout, comparable aux douleurs de la faim, paraît destinée à leur indiquer qu'elles ont le devoir de la maternité à remplir. Mais je n'ai pas à m'étendre ici sur ces dysménorrhées, à distinguer celles qui sont morbides de celles qui au contraire peuvent être considérées comme physiologiques, comme le signe de la nécessité d'accomplir une fonction, à laquelle peu de femmes peuvent se soustraire sans expier par des douleurs leur refus d'obéir à une des lois fondamentales de la nature, destinée à assurer la perpétuation de l'espèce, parce que j'aurai dans l'histoire de l'hystéralgie à revenir sur ce sujet épineux.

(1) Ambroise Paré, XXIVe livre, *de la Génération*, ch. 44, p. 620, édit. de Lyon, 1652.

§ 8. — Des difficultés d'une tout autre nature se rencontrent dans l'étude de la huitième espèce dont nous avons actuellement à nous occuper, et qui, ainsi que je l'ai indiqué dans la division, comprendra tous les faits de rétention menstruelle déterminée par une disposition vicieuse congéniale ou acquise des trompes, spécialement de l'*ostium uterinum*. En effet, dans ces faits, les symptômes utérins proprement dits manquent complétement; le travail expulsif, qui caractérise essentiellement les dysménorrhées, au lieu d'avoir pour siége la matrice, reste limité aux trompes et devient par conséquent très difficile à apprécier, non-seulement parce qu'il n'a pas été étudié jusqu'à ce jour, mais encore parce que pour le déterminer on n'a que les signes physiques fournis par le toucher, qui, dans ces circonstances peut très facilement tromper. Aussi le nombre des observations qui se rapportent à cette espèce est-il infiniment restreint, si restreint que je n'ai pu trouver que les trois suivantes, que j'ai dû, à cause de cela, réunir dans une seule et même analyse, quoiqu'elles offrent entre elles d'assez grandes dissemblances. La première est un exemple d'imperforation congéniale des trompes, la seconde d'oblitération inflammatoire de ces organes, la troisième un exemple de rétrécissement de l'*ostium uterinum* par une production organique.

OBSERVATION XXXI (1). — *Aménorrhée complète jusqu'à vingt-quatre ans. — A cette époque, douleurs lombaires et abdominales de quelques jours de durée. — Depuis cette époque, manifestation chaque mois de douleurs dysménorrhéiques qui durent deux ou trois jours. — Depuis deux ans manifestation d'une tumeur occupant la partie inférieure de l'abdomen. — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, cette tumeur devient douloureuse et détermine une réaction fébrile. — Entrée de la malade à l'hôpital, où l'on constate l'existence d'une tumeur simulant une hématocèle rétro-utérine. — Apparition d'un flux sanguin par la vulve, qui peut être considéré comme la première menstruation. — Ponction de la tumeur hypogastrique. — Mort. — Imperforation des deux trompes. — Tumeur sanguine considérable formée à gauche par la trompe énormément distendue; formée à droite par la trompe et le péritoine pelvien. — Phlébites.*

Anaïs W..., née à Anvers, modiste, âgée de vingt-huit ans, entre, le 4 octobre 1857, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 51, service de

(1) Besnier, *Bulletins de la Société anat. de Paris*, 2e série, t. III, juin 1858, p. 286.

M. Barth. Taille élevée, face pâle, muqueuses peu colorées, cheveux blonds; systèmes musculaire et adipeux peu développés; bassin assez large et assez bien conformé; glandes mammaires de moyen volume.

Elle a une sœur bien portante, qui présente cette particularité que la menstruation s'accompagne chez elle de douleurs vives.

A aucune époque la malade n'a eu d'écoulement sanguin par la vulve, elle arriva même jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans sans avoir éprouvé aucun phénomène particulier du côté des organes génitaux; mais, à cette époque, elle commença à ressentir des douleurs violentes dans les reins, et surtout dans le bas-ventre. Ces douleurs étaient assez fortes pour lui arracher des cris; elles cessèrent au bout de quelques jours, puis se renouvelèrent le mois suivant, et ainsi de suite, d'une façon régulière, jusqu'au mois de juin de l'année 1857, c'est-à-dire pendant environ quatre ans. La malade se mettait alors au lit, appliquait des cataplasmes émollients sur le bas-ventre, et tout rentrait dans l'ordre au bout de deux ou trois jours. Il y a deux ans, elle constata l'existence d'une grosseur du volume d'un œuf environ qui, suivant son rapport, venait à certains moments faire saillie à la partie droite et inférieure de l'abdomen. Cependant la malade ne peut dire si cette tumeur, qui était dure, peu douloureuse au toucher, éprouvait ou non des modifications au moment où survenaient les douleurs menstruelles. De temps à autre il y avait une certaine gêne dans l'émission de l'urine, mais jamais de constipation. A diverses époques la malade avait demandé des conseils médicaux. Elle prit à l'intérieur divers médicaments dont elle ne se rappelle pas la nature; des fumigations sur la vulve, des bains de siége et quelques applications de sangsues aux malléoles constituèrent le traitement externe. Jamais il ne fut pratiqué d'examen local.

La malade vient à Paris pour la première fois au commencement de 1857, au mois de juin elle fut atteinte de fièvre typhoïde. Pendant la convalescence, qui fut très longue, l'abdomen resta sensible à la pression et plus volumineux qu'il n'était avant la maladie. Cependant l'état général s'améliorait lorsque, après une journée passée à un travail assidu et prolongé, la faiblesse se prononça de nouveau, l'appétit se perdit, la fièvre revint, et la malade se décida à rentrer à l'hôpital.

État actuel. — Décubitus dorsal. Expression de la physionomie normale, un peu de pâleur de la face et des muqueuses oculaire et buccale. L'amaigrissement n'est pas très prononcé. Température de la peau, appréciée à la main, assez élevée. Pouls à 80, peu résistant. Langue humide, recouverte d'un enduit blanchâtre; bouche pâteuse, perte d'appétit; quelques nausées; un peu de toux, pas d'expectoration.

L'auscultation du thorax ne démontre l'existence d'aucun trouble fonctionnel notable. L'abdomen est volumineux, assez régulièrement arrondi, sonore à la percussion dans la partie supérieure, mat et douloureux à la percussion dans la partie inférieure. La malade se plaint de n'avoir pas uriné

depuis la veille. Le cathétérisme de la vessie donne issue à un peu moins d'un litre d'urine. L'étendue de la matité diminue, mais la sonorité ne reparaît pas dans la portion la plus déclive. — Prescription : 15 grammes d'huile de ricin ; cataplasmes sur le ventre. Bouillon. Repos au lit.

Les jours suivants, l'état général s'améliore rapidement ; le ventre est moins tendu, mais toujours douloureux à la pression et mat à la percussion dans sa partie inférieure. La malade va à la selle tous les jours et urine sans difficulté. En même temps on perçoit par la palpation abdominale une tuméfaction persistante, formant une masse arrondie que la main tout entière peut embrasser et qui occupe la partie inférieure et latérale droite de l'addomen. La percussion, exercée avec assez de force, fait entendre une matité absolue dans toute son étendue, représentée assez exactement par la main appliquée à la partie inférieure et droite de l'abdomen. Le cathétérisme ne donne issue qu'à quelques gouttes de liquide.

Toucher vaginal. — Le pubis fait une saillie très prononcée ; il occupe en hauteur environ la moitié supérieure de la fente vulvaire. Le doigt, porté au fond du vagin, reconnaît immédiatement l'existence d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, enclavée dans le détroit supérieur, qu'elle paraît occuper en entier. Cette tumeur est dure, tendue, douloureuse à la pression. En aucun point on ne trouve de fluctuation manifeste, et l'on ne sent pas d'artères battre à sa surface. Le col est situé à gauche de la ligne médiane, appuyé fortement contre la branche du pubis. Le corps est en rétroflexion, et l'on ne peut apprécier que la portion gauche, toute la portion droite paraissant se continuer avec la tumeur. Le col est petit, et présente les caractères qui appartiennent au col utérin des femmes qui n'ont jamais eu d'enfant. M. Huguier, qui voit alors la malade, constate ces détails. Pendant le cours du mois d'octobre jusqu'au milieu de novembre les choses restent dans le même état. La malade garde le repos au lit On fait sur l'abdomen des applications émollientes et narcotiques. Plusieurs fois par jour, la malade fait des frictions avec la pommade à l'iodure de potassium. L'état général est assez bon et la malade mange une portion. Mais tous les soirs, après le repas principal, l'abdomen devient plus tendu et la malade y ressent des douleurs profondes.

Le 15. — Les douleurs deviennent plus fortes. La malade a quelques légers frissons dans la journée. Le soir, la température de la peau est plus élevée que les jours précédents. Le pouls bat 120 ; en même temps la malade perd par la vulve quelques gouttes de sang pâle qui colorent à peine le linge.

Le 16. — Au matin le pouls est redevenu normal et la malade est dans un état analogue à celui des jours précédents. Elle accuse pour la première fois l'existence d'une douleur dans le membre inférieur droit, suivant le trajet des nerfs cruraux ; cette douleur diminue quand le membre est placé dans la demi-flexion. Les jours suivants, la malade peut se lever quelques instants dans la journée. La défécation s'exécute régulièrement, mais il y a un peu de chaleur

en urinant, et le liquide ne s'écoule qu'avec une certaine difficulté. Le soir, le pouls s'accélère de nouveau, les douleurs sont plus vives; le ventre est plus tendu, et le matin on constate sur la chemise quelques taches d'un rouge pâle.

Le 23. — L'écoulement sanguinolent augmente un peu, et la malade a perdu dans la journée quelques petits caillots du volume d'une noisette environ. Le soir, elle éprouve un accroissement subit dans l'intensité des douleurs abdominales. En même temps la fièvre survient, et, en très peu de temps, il se déclare un délire violent. La peau est chaude, le pouls accéléré, l'abdomen tendu et douloureux à la pression. L'interne de garde, appelé dans la soirée, fait appliquer vingt sangsues sur l'abdomen.

Le 24. — Le délire a cessé; les douleurs abdominales sont moins vives; la peau est fraîche, le pouls à 80, et la malade répond nettement à toutes les questions qu'on lui adresse. L'abdomen est un peu plus tendu que les jours précédents, et l'on ne peut pratiquer la palpation abdominale sans exciter de vives douleurs. Le toucher vaginal est également très douloureux. On peut constater néanmoins que la tumeur est toujours dure et tendue. La saillie, formée par son segment inférieur, paraît plus considérable que dans les examens antérieurs. En présence des accidents qui se déclarent, M. Barth fait appeler de nouveau M. Huguier, qui veut bien recevoir cette femme dans son service, pour la soumettre directement à son observation, et pratiquer, s'il y a lieu, une opération chirurgicale, à laquelle d'ailleurs la malade est parfaitement décidée. Aucune modification notable ne survient dans l'état de la malade. Les douleurs abdominales étaient toujours vives avec redoublement fébrile le soir. Il s'écoulait toujours un peu de sang par la vulve: l'excrétion de l'urine devenait plus difficile et le cathétérisme douloureux. M. Huguier décida l'opération pour le 3 décembre. Elle devait consister dans une ponction faite avec un trocart courbe pénétrant dans la paroi abdominale; puis, dans un deuxième temps, le trocart devait perforer de dedans en dehors le segment inférieur de la tumeur dans sa portion vaginale. La ponction abdominale fut pratiquée à la partie inférieure et droite de l'abdomen, au point le plus déclive de la tumeur, dans l'espoir de rencontrer le point où existaient probablement des adhérences. Le poinçon fut retiré, et il s'écoula un litre et demi d'un liquide épais dont la couleur ne peut être mieux comparée qu'à celle du chocolat. Ce liquide, passé à travers un linge, laissa sur la trame un grand nombre de petites masses rouges qu'il était aisé de reconnaître pour des caillots sanguins. Avant de pratiquer le deuxième temps de l'opération, M. Huguier, dans le but de rechercher sur quelle portion vaginale de la tumeur devait porter la ponction, introduisit une sonde dans la vessie. Le doigt, porté dans le vagin, fit alors reconnaître que, dans quelque point que l'on fît toucher à la sonde, elle se rencontrait avec la tumeur. Le doigt porté dans le rectum rencontrait aussi la canule. On eut alors la conviction que les

rapports intimes de la tumeur avec le rectum et la vessie, qui paraissait comme étalée à sa surface, ne permettraient pas de pratiquer sans danger le deuxième temps de l'opération. M. Huguier retira la canule, se réservant d'agir de nouveau quand la poche serait remplie. La malade avait été soumise aux inhalations de chloroforme. Peu de temps après l'opération, il se déclara un frisson prolongé et un refroidissement général qui résista à tous les moyens de calorification externe mis en usage. La malade accusait une douleur violente dans l'abdomen. Le pouls était petit et fréquent (onctions mercurielles sur le ventre). Le soir, le pouls était relevé (100 pulsations) et la chaleur rétablie. Douleur vive et superficielle à la pression dans le côté droit de l'abdomen; douleurs spontanées se prolongeant dans la cuisse droite. La malade n'a pas uriné depuis l'opération. On pratiqua le cathétérisme; urine normale. — Prescription : Vingt sangsues; frictions sur les cuisses avec l'huile de croton; eau de Seltz, glace.

4 décembre. — Un calme relatif a eu lieu pendant la nuit. Les douleurs spontanées sont moins vives. Quelques vomissements bilieux. Le soir, le mieux continue. On est encore obligé de recourir au cathétérisme.

Le 5. — La malade a uriné. L'amélioration se maintient.

Le 6. — Même état. La malade demande à manger. État général bon.

Le 7. — Les douleurs abdominales ont été plus vives pendant la nuit. Pas de fièvre.

8 décembre. — M. Huguier constate que la tumeur s'est remplie de nouveau, et il se décide à pratiquer une seconde ponction directement par le vagin. Une sonde est préalablement introduite dans la vessie; le toucher rectal pratiqué, M. Huguier peut alors constater que la tumeur présente une portion libre d'une étendue de 2 centimètres environ. C'est en ce point que la ponction est pratiquée avec le trocart courbe. Il s'écoule par la canule un litre environ d'un liquide grisâtre, sanieux, d'une fétidité excessive; des gaz également fétides sortent bruyamment par la canule. Une sonde de gomme, destinée à rester à demeure, est alors introduite et son extrémité libre fixée. Une injection iodée est pratiquée par la canule; puis on laisse s'écouler le liquide et l'on ferme l'orifice inférieur de la sonde par un fausset. Aussitôt après l'opération, des vomissements bilieux se déclarent, la face est pâle, grippée. La malade s'agite et se plaint. Le soir, pouls à 130, face grippée, douleurs vives et superficielles dans tout l'abdomen, douleurs spontanées, cris. La malade exprime le sentiment d'une fin prochaine. On débouche la sonde, qui donne issue à une petite quantité d'un liquide grisâtre fétide. — Prescription : Vingt-cinq sangsues sur l'abdomen. Potion avec 2 grammes d'alcoolature d'aconit.

Le 9. — A la visite du matin, l'amélioration est manifeste. Plus de cris, douleurs spontanées calmées; douleur toujours vive et superficielle à la pression. La malade a vomi toute la nuit. On débouche la sonde, il ne sort rien.

On fait une injection d'eau tiède dont le liquide revient jaunâtre et fétide. — Prescription : Potion de Rivière. Frictions sur les extrémités inférieures avec de l'huile de croton. Le soir, l'état est le même. On débouche la sonde, qui donne issue à une cuillerée de liquide jaunâtre et fétide. Il n'y a plus de vomissements bilieux, mais tous les liquides ingérés sont rejetés à l'instant. Il y a eu plusieurs selles diarrhéiques verdâtres. — Prescription : Julep avec 30 grammes de sirop diacode.

Le 10. — Pouls à 112, prostration très grande : la mort semble prochaine. — Prescription : Injection d'eau tiède dans la tumeur ; deux vésicatoires aux cuisses. Une cuillerée à bouche de sirop de quinquina est donnée et rejetée aussitôt. Le soir, l'abattement est moins grand. Pouls à 128. Une cuillerée de sérosité fétide sort par la sonde. Selles encore liquides, mais moins nombreuses. Vomissements verdâtres abondants, se reproduisant aussitôt qu'on touche l'abdomen. Douleur abdominale vive ayant son maximum d'intensité à l'épigastre.

Le 11. — Vomissements moins abondants, nausées, hoquets. Pouls à 116. Plus de diarrhée. Injections iodées par la sonde.

Le 12. — Facies altéré, pouls rapide et filiforme. Injection comme la veille. Le liquide qui s'écoule par la sonde est épais, brunâtre et fétide. M. Huguier pense qu'il y a de la gangrène dans le kyste. — Prescription : 5 centigram. d'opium en deux pilules.

Le 13. — Amélioration. La malade a reposé pendant la nuit. Pouls à 112. Injection iodée ; vésicatoire à l'épigastre.

Les 14-16. — L'amélioration se soutient ; le liquide qui sort par la canule n'est plus fétide ; la malade mange dans la journée 500 grammes environ de gelée de viande ; le ventre est moins sensible. Cependant les vomissements bilieux continuent, et il se manifeste à la face une teinte subictérique.

Le 17. — Nouvelle agitation, délire nocturne, chants, agitations, vomissements.

Le 19. — Rémission presque complète.

Le 20. — Nuit assez bonne ; la malade a retiré la sonde.

Le 21. — Mieux notable ; pouls à 118. Facies meilleur. On cherche de nouveau à introduire une sonde ; elle pénètre facilement dans l'orifice de la ponction qui s'est élargi, mais elle rencontre aussitôt les parois de la tumeur revenue sur elle-même. Le toucher est peu douloureux ; on peut assez facilement explorer l'abdomen et constater que la sonorité a reparu à la partie inférieure de l'abdomen.

Le 22. — L'amélioration continue. En l'absence de M. Huguier, M. Robert, chargé de voir cette malade, conseille de supprimer la sonde, l'orifice fistuleux étant assez large pour permettre un libre écoulement du liquide. Le doigt ne reconnaît plus manifestement de tumeur vaginale ; le toucher est peu dou-

loureux ; la sonorité du côté droit de l'abdomen est à peu de chose près celle du côté gauche. Bouillon, vin de Bordeaux.

Le 23. — Même état ; le pouls est encore rapide, mais le facies est bon ; les vomissements sont très peu abondants ; la malade a pu manger un œuf.

Le 24. — Un peu de viande grillée, 100 grammes de vin de Bordeaux. Le soir, les vomissements deviennent de nouveau fréquents ; en même temps il s'est déclaré une diarrhée intense.

Le 25. — La nuit a été mauvaise. Vomissements, diarrhée ; facies altéré ; respiration haute et fréquente ; pouls petit et rapide ; agitation très grande ; douleurs dans les membres.

Le 26. — L'état s'aggrave. On trouve à la région du cou un cordon dur, arrondi, qui paraît être formé par la jugulaire externe du côté droit. Cette région est très douloureuse au toucher. Il n'y a plus de vomissements, mais la diarrhée est toujours aussi abondante. M. Huguier, en palpant l'abdomen, croit reconnaître de la fluctuation, surtout à gauche. En ce même point, la percussion donne de la matité ; la vessie est déjetée à droite ainsi que l'utérus.

Le 27. — Diarrhée très abondante pendant la nuit ; la tuméfaction et les signes de collections liquides constatés la veille par M. Huguier ont complétement disparu.

Le 28. — Même état. La diarrhée continue ; la tumeur ne s'est pas remplie.

Le 29. — Cordons durs et douloureux au toucher sur le trajet des veines superficielles du membre supérieur droit.

Le 30. — L'état général est plus grave ; la diarrhée continue, la faiblesse est extrême. Mort le 4 janvier 1858.

Autopsie. — Abdomen. — La paroi antérieure du ventre étant enlevée, on aperçoit les intestins, le grand épiploon et les organes contenus dans le petit bassin, agglutinés entre eux et recouverts de pus et de fausses membranes. Le pus épanché est fétide, noirâtre, surtout dans le petit bassin ; on en trouve jusqu'au niveau du foie et dans les flancs. Le grand épiploon est d'un gris noirâtre, imbibé de pus sanguinolent, épaissi, adhérent à la paroi abdominale et aux intestins ; les fausses membranes qui agglutinent les intestins aux autres organes contenus dans l'abdomen sont épaisses, friables, de la couleur du pus. Les intestins, rétrécis dans leur calibre, sont fortement unis entre eux et avec les parties voisines ; ils sont friables et se laissent déchirer quand on veut les séparer ; leur couleur est d'un rouge ardoisé, leurs parois sont épaissies et injectées. A l'intérieur l'intestin grêle est sain ; le gros intestin présente des traces de psorenterie très marquée ; la surface interne de l'estomac est exempte d'altérations. Le tissu des reins est également exempt d'altérations. Le rein droit est uni au foie par des adhérences.

Foie. — Son volume est énorme ; il est exsangue et ne graisse pas le scalpel. A sa face inférieure, le faisceau des vaisseaux et conduits hépatiques est recou-

vert de fausses membranes; le péritoine sous-hépatique est épaissi, grisâtre, pseudo-membraneux; le bord tranchant du foie vers son milieu, dans l'étendue de 9 centimètres et sur une hauteur de 2, est le siége d'une coloration semblable à celle des parties altérées précédemment décrites. Cette même portion est en outre ramollie et friable. La vésicule du fiel est d'une coloration blanc sale, épaissie, ratatinée, ne renfermant pas de bile ; les ligaments suspenseur et coronaire, ainsi que la face diaphragmatique du foie, sont exempts d'altération. Le rectum, l'utérus, les ligaments larges (ce qu'on peut voir sans dissection), la paroi postérieure de la vessie, sont enduits d'une couche de pus et de fausses membranes d'un gris foncé noirâtre, ce qui leur donne une apparence de tissu finement granulé, onctueux au toucher.

Dissection du petit bassin par M. Huguier. — On reconnaît d'abord la trompe du côté gauche : elle est flexueuse, dilatée dans toute sa longueur; à son extrémité utérine, où elle se perd dans le tissu de la matrice, le volume égale celui d'une plume d'oie; le pavillon, qui est fermé, forme avec le corps de l'organe une tumeur allongée, renflée en massue; la grosse extrémité de cette massue répond aux franges du pavillon. Le volume de la tumeur égale celui d'un œuf de pigeon. Cette masse offre une teinte gris ardoisé qui fait supposer, avant son ouverture, qu'elle renferme du sang altéré. Vers la portion libre et inférieure de la trompe qui correspond à l'ovaire se trouvent deux petits kystes du volume d'un pois, contenant une substance liquide, claire, transparente, incolore. L'extrémité externe de la tumeur, formée par la trompe (partie supérieure) renferme une matière semi-fluide, couleur chocolat foncé, qui produisait la coloration gris ardoisé mentionnée plus haut. La portion de la trompe dilatée la plus rapprochée de l'utérus ne renferme pas de liquide, et sa coloration intérieure est grisâtre. Il n'existe aucun orifice de communication entre la cavité de la trompe et la cavité utérine, et la pression ne pouvait faire refluer le liquide de ce côté. L'ovaire gauche est plus volumineux qu'à l'état normal, il est ramolli; l'une de ses vacuoles est dilatée, elle a le volume d'une noisette et contient un caillot sanguin.

Côté droit. — Toute la cavité pelvienne du côté droit, ainsi que l'intervalle situé entre le rectum et la matrice, est remplie par une poche inégale, anfractueuse, irrégulière. Cette cavité arrive par un prolongement jusqu'à la partie externe de la marge du bassin; en avant elle adhère à la partie postérieure de l'utérus et à la partie correspondante du vagin; en arrière elle adhère au rectum. La partie inférieure de la poche est gangrenée et d'une coloration gris ardoise; elle présente une grande quantité de colonnes, plis et plicatures, qui annoncent le retrait qu'a subi la tumeur. A sa partie inférieure, elle communique avec la partie latérale droite un peu postérieure du vagin par une ouverture qui n'est autre que celle qui a été opérée par le trocart. Cette ouverture, aujourd'hui agrandie et ulcérée, offre un diamètre d'un centimètre environ; elle conduit dans la tumeur par un trajet oblique et infundi-

buliforme placé entre la vessie et le rectum. Le volume de la tumeur égale celui du poing d'un adulte.

L'utérus est sain et normal. La portion antérieure adhère, dans presque toute son étendue, à la vessie par des fausses membranes épaisses, résistantes, probablement anciennes. L'ovaire droit et la trompe ne peuvent être constatés évidemment dans aucun point de la tumeur qui occupe la totalité des replis péritonéaux à partir du bord droit de l'utérus.

Dissection des veines. — Au bras droit, toutes les veines superficielles sont oblitérées par un caillot noirâtre comme du raisiné, assez résistant, qui se prolonge dans la plupart des veines collatérales. Ce coagulum adhère assez fortement à la membrane interne dont la coloration, est blanchâtre ; les parois sont épaissies et ont conservé leur consistance. Même altération dans les veinules profondes, mais intégrité complète des gros troncs qui suivent les artères. La veine axillaire et la sous-clavière renferment aussi un caillot noirâtre, mais moins adhérent, et qui n'obstrue pas complétement le vaisseau. Le tronc brachio-céphalique veineux, la veine cave supérieure, offrent les mêmes altérations. La veine jugulaire externe droite est oblitérée par un caillot noir, solide, adhérent intimement dans toute la longueur de la veine.

Du côté gauche, au bras, à l'avant-bras, dans l'axillaire et dans la sous-clavière, on retrouve exactement les mêmes altérations que celles qui ont été notées pour le côté droit. Les deux jugulaires internes sont saines. Dans les deux veines caves, caillots oblitérant incomplétement la lumière du vaisseau.

Cœur et péricarde. — Aucune altération.

Poumons. — Ils sont le siége d'une congestion qui n'occupe que les parties déclives. A l'incision, il s'écoule une sérosité spumeuse abondante ; à la base du poumon droit, on trouve un petit noyau de la grosseur d'un pois, d'une coloration blanc sale, dont l'aspect et la consistance rappellent les caractères du tubercule cru.

OBSERVATION XXXII (1). — *Bonne santé habituelle. — A vingt-huit ans, métrorrhagies continuelles augmentant d'intensité à chaque époque menstruelle. — A la suite d'une émotion morale, douleurs vives dans le ventre, lipothymies, météorisme. — Mort au milieu des phénomènes généraux des hémorrhagies, sans aucun écoulement sanguin extérieur. — A l'autopsie, épanchement de sang dans l'abdomen ; rupture d'un kyste formé par la trompe gauche, dont l'orifice utérin est fermé par un corps fibreux.*

Une dame âgée de vingt-huit ans, habitant Constantinople, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin en apparence, avait toujours joui d'une parfaite santé jusqu'aux quelques mois qui précédèrent sa mort. A cette

(1) Fauvel, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, XXXe année, 1855, p. 395.

époque, les règles sont plus abondantes, puis prennent l'apparence d'une véritable métrorrhagie, qui, d'une époque à l'autre, présente un intervalle où l'écoulement sanguin cesse : puis enfin elle ne présente plus d'interruption, pour être plus considérable aux époques menstruelles.

Plusieurs médecins consultés crurent à une fausse couche; un traitement antiphlogistique, le repos absolu, ne firent pas cesser l'hémorrhagie. Pendant un séjour aux bains de mer, la malade recouvre l'apparence d'une bonne santé. Tout à coup, à la suite d'une émotion morale, elle éprouve des douleurs dans le ventre, des défaillances, des lipothymies; la peau est froide, pâle, décolorée, ainsi que la figure; il y a des vomissements sans déjections alvines. Trois médecins sont appelés successivement : le premier se prononce pour une congestion cérébrale, et tente de pratiquer une saignée qui demeure sans résultats; le deuxième croit à un accès de choléra sporadique; le troisième suppose un empoisonnement. Appelé dans ces circonstances, M. Fauvel examine la malade, qui avait conservé toute son intelligence. La voix était si faible, qu'on avait peine à percevoir les sons articulés. Les lipothymies duraient depuis douze heures, la peau était froide; le ventre était tendu, météorisé; point d'oppression ni de matité précordiale; point d'écoulement sanguin par le vagin ni de garderobes. La maladie se trouvait concentrée dans la cavité abdominale. Mais quelle en était la cause? La mort survint cependant, paraissant déterminée par une hémorrhagie. Comme il y avait eu la veille une émotion morale vive, on supposa que peut-être cette émotion avait été précédée d'une chute, d'un coup qui avait déterminé la rupture de la rate, organe le plus friable de la cavité abdominale.

A l'autopsie, après l'incision de la paroi abdominale, un flot de sang s'écoula, et l'on trouva des caillots volumineux remplissant le petit bassin. Tous les organes étaient sains, excepté la trompe gauche qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, où existait une déchirure qui avait donné lieu à l'hémorrhagie. La tumeur était constituée par des caillots sanguins en partie récents. Sur une paroi de la tumeur était un petit kyste transparent recouvert par les filaments de la trompe. Ce conduit était rétréci à sa jonction avec l'utérus, et son orifice utérin était fermé par une petite tumeur fibreuse.

OBSERVATION XXXIII (1). — *Accouchement à vingt-deux ans. — Métro-péritonite pelvienne. — Cessation des règles. — Quatorze ans après, mort à la suite de pneumonie. — Tumeur formée par les deux trompes contenant du sang altéré. — Oblitération des deux trompes.*

M. le docteur Menière obtient d'une femme de trente-six ans affectée de pleuro-pneumonie les antécédents suivants.

(1) Becquerel, *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1859, t. II, p. 278.

Réglée à seize ans, et toujours bien, cette femme se maria à vingt et un. Devenue enceinte aussitôt, elle accoucha à terme et fort heureusement; mais le troisième jour de ses couches elle fut prise d'accidents inflammatoires très aigus, qui, d'après son récit, semblent se rapporter à une métro-péritonite pelvienne. La maladie fut combattue énergiquement par des émissions sanguines, et la convalescence ne tarda pas à se déclarer; mais les règles ne revinrent pas à l'époque accoutumée, et depuis lors elles n'ont jamais reparu. Il y avait tous les mois des accidents de congestion sanguine dans le bas-ventre; mais rien ne paraissait, si ce n'est un flux leucorrhéique assez abondant. Jamais aucun signe de grossesse ne s'est manifesté depuis. Cette femme me disait que sa maladie, suite de couches, avait changé son tempérament; mais des questions plus positives sur ce point délicat n'amenèrent aucun éclaircissement.

A l'autopsie, on trouva l'utérus un peu plus volumineux que dans l'état de vacuité, retenu dans le fond de l'excavation pelvienne par des adhérences qui l'enclavent du côté gauche. La face postérieure est libre, mais elle est entourée par deux corps saillants cylindriques, flexueux, qui ont presque le volume du pouce; il me fut aisé de reconnaître que ces corps étaient constitués par les deux trompes dilatées, contenant un liquide brun, visqueux, inodore et coulant à peu près comme pourrait le faire un sirop de médiocre consistance. Les deux pavillons de ces trompes distendues étaient complétement oblitérés, et, avant de les avoir ouvertes, il m'avait été impossible de vider ces cavités, même en les comprimant avec force, rien ne s'échappant ni dans le bassin ni dans le corps de l'utérus. Ce fait d'anatomie pathologique fut dessiné aussitôt par le docteur Carswell, et son dessin se trouve gravé dans l'atlas, planche XVII.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans les trois observations que je viens de transcrire, dont l'une malheureusement ne contient qu'une indication très succincte des symptômes auxquels l'affection génitale donnait lieu pendant la vie, c'est la réplétion sanguine que présentaient les trompes, par suite de leur imperforation congénitale, dans la première de ces observations, de leur oblitération cicatricielle dans la seconde, et de leur rétrécissement organique dans la troisième, et l'intermittence périodique des progrès de cette réplétion, qui, lorsqu'ils ont été notés, avaient lieu par saccades à chaque époque cataméniale. Cette réplétion sanguine et ses progrès périodiques établissent d'une manière péremptoire que les trompes prennent une part assez notable à la sécrétion menstruelle, et que le produit de cette sécrétion, lorsqu'il ne peut être excrété comme dans les observations précédentes, transforme les trompes en kystes sanguins. Cette transformation des trompes en kystes sanguins par le fait d'un

vice de l'excrétion menstruelle est très importante, en ce qu'elle met hors de contestation la transmutation de ces organes en kystes tubo-ovariens. On ne peut, en effet, mettre en doute que le sang épanché dans la cavité des trompes ne doive subir là, comme dans tout autre point de l'organisme, les modifications auxquels sont soumis tous les dépôts sanguins, et par conséquent que le sang ne doive être bientôt remplacé par des liquides d'aspects divers qui rappellent les caractères hématiques qu'on trouve indiqués dans la description de la sérosité d'un certain nombre des hydropisies enkystées de l'ovaire. Ces trois faits, dont on peut rapprocher l'observation de Boyer que j'ai rapportée plus haut (1), dans laquelle existaient des kystes multiples contenant chacun du sang à différents degrés de transformation, autorisent donc à attribuer pour origine, à un certain nombre des affections arbitrairement comprises sous le nom d'hydropisies enkystées de l'ovaire, un défaut de l'excrétion menstruelle, comme je l'ai explicitement indiqué dans mon mémoire de 1848, et autorisent, en particulier, à rattacher à cette cause une grande partie des kystes tubo-ovariens.

Ce premier point établi, mais sur lequel j'aurai à revenir plus loin, pour suivre pas à pas dans des observations les différentes transformations que subissent les épanchements sanguins auxquels donne lieu la rétention menstruelle, j'ai à signaler la terminaison différente qu'a eue la réplétion sanguine des trompes dans les trois observations que j'analyse, et à m'arrêter sur la différence des lésions qui est résultée de la cessation dans l'une et de la continuation dans les deux autres de la sécrétion sanguine des trompes. Dans l'une de ces observations, par suite d'une abolition favorable de la sécrétion menstruelle, l'affection a pour ainsi dire cessé, la dilatation des trompes est devenue stationnaire, le sang est resté enkysté dans les organes qui le contenaient, et qui ont constitué de chaque côté de l'utérus des tumeurs sans retentissement sur la santé. Dans les deux autres observations, au contraire, la répétition multipliée des hémorrhagies périodiques dans l'une, son abondance dans l'autre, ont porté la distension d'un des kystes tubo-ovariens à un point tel, qu'il a fini par céder, que le sang qu'il contenait s'est alors épanché dans l'abdomen, a donné lieu à une hématocèle qui a entraîné la mort. La terminaison différente qui a eu lieu dans ces observations a permis ainsi

(1) Obs. XIV, p. 90.

Réglée à seize ans, et toujours bien, cette femme se maria à vingt et un. Devenue enceinte aussitôt, elle accoucha à terme et fort heureusement; mais le troisième jour de ses couches elle fut prise d'accidents inflammatoires très aigus, qui, d'après son récit, semblent se rapporter à une métro-péritonite pelvienne. La maladie fut combattue énergiquement par des émissions sanguines, et la convalescence ne tarda pas à se déclarer; mais les règles ne revinrent pas à l'époque accoutumée, et depuis lors elles n'ont jamais reparu. Il y avait tous les mois des accidents de congestion sanguine dans le bas-ventre; mais rien ne paraissait, si ce n'est un flux leucorrhéique assez abondant. Jamais aucun signe de grossesse ne s'est manifesté depuis. Cette femme me disait que sa maladie, suite de couches, avait changé son tempérament; mais des questions plus positives sur ce point délicat n'amenèrent aucun éclaircissement.

A l'autopsie, on trouva l'utérus un peu plus volumineux que dans l'état de vacuité, retenu dans le fond de l'excavation pelvienne par des adhérences qui l'enclavent du côté gauche. La face postérieure est libre, mais elle est entourée par deux corps saillants cylindriques, flexueux, qui ont presque le volume du pouce; il me fut aisé de reconnaître que ces corps étaient constitués par les deux trompes dilatées, contenant un liquide brun, visqueux, inodore et coulant à peu près comme pourrait le faire un sirop de médiocre consistance. Les deux pavillons de ces trompes distendues étaient complétement oblitérés, et, avant de les avoir ouvertes, il m'avait été impossible de vider ces cavités, même en les comprimant avec force, rien ne s'échappant ni dans le bassin ni dans le corps de l'utérus. Ce fait d'anatomie pathologique fut dessiné aussitôt par le docteur Carswell, et son dessin se trouve gravé dans l'atlas, planche XVII.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans les trois observations que je viens de transcrire, dont l'une malheureusement ne contient qu'une indication très succincte des symptômes auxquels l'affection génitale donnait lieu pendant la vie, c'est la réplétion sanguine que présentaient les trompes, par suite de leur imperforation congénitale, dans la première de ces observations, de leur oblitération cicatricielle dans la seconde, et de leur rétrécissement organique dans la troisième, et l'intermittence périodique des progrès de cette réplétion, qui, lorsqu'ils ont été notés, avaient lieu par saccades à chaque époque caténiale. Cette réplétion sanguine et ses progrès périodiques établissent d'une manière péremptoire que les trompes prennent une part assez notable à la sécrétion menstruelle, et que le produit de cette sécrétion, lorsqu'il ne peut être excrété comme dans les observations précédentes, transforme les trompes en kystes sanguins.

rmation des trompes en kystes sanguins par le fait d'un

de constater anatomiquement les lésions qui existent à deux périodes distinctes d'un même travail pathologique. J'ai à m'arrêter sur les lésions décrites dans chacun de ces deux groupes d'observations, pour faire remarquer qu'elles reproduisent trait pour trait le tableau, que j'ai tracé dans les premières pages de ce travail (1), des deux derniers degrés de la rétention menstruelle, à l'exception, bien entendu, des lésions de l'utérus, qui, dans la huitième espèce que nous étudions, doit nécessairement rester indemne. Ainsi l'observation de M. Menière, bien que de publication récente, semblerait avoir fourni la description que j'ai tracée du deuxième degré de la rétention menstruelle, qui est caractérisé, ai-je dit, par la distension et la réplétion de l'utérus et des trompes. Les deux autres observations reproduisent la description du troisième degré, caractérisé par la solution de continuité des moyens d'union existant entre la trompe et l'ovaire, et par le passage dans l'abdomen du sang qui distendait les organes génitaux. J'ai dû insister sur ces particularités, parce qu'elles permettent d'appliquer à l'*ostium uterinum* des trompes tout ce que j'ai dû dire précédemment des rétrécissements de l'orifice cervico-utérin, et établissent qu'un obstacle à l'excrétion menstruelle, placé sur un point quelconque du conduit tubo-utéro-vulvaire, entraîne la dilatation d'abord, la distension ensuite de toute la partie du canal située au-dessus de l'obstacle, et enfin détermine, lorsque la réplétion est portée à un point extrême, l'épanchement dans l'abdomen du sang contenu dans les trompes.

La différence la plus notable apportée par le siége plus ou moins élevé de l'obstacle à l'excrétion, consiste en ce que l'utérus est distendu ou non par le produit de la sécrétion cataméniale, qui continue d'avoir lieu d'une manière plus ou moins parfaite : d'où résulte que, dans le premier cas, l'utérus réagit contre la distension, et témoigne alors par des contractions utérines douloureuses, désignées sous le nom de douleurs dysménorrhéiques, de la part qu'il prend à l'acte pathologique; tandis que dans le second cas il reste presque complétement impassible. Je n'ai pas besoin de dire qu'il résulte nécessairement aussi du siége du rétrécissement, placé, soit à l'ostium uterinum, soit sur un point plus élevé encore de l'oviducte, l'absence complète du reflux du sang de l'utérus dans les trompes, qui, dans les autres

(1) Page 7 de ce mémoire; page 6 du mémoire de 1848 (*Arch. génér.*, t. XVII).

espèces de rétentions menstruelles, peut augmenter la distension tubaire, qui paraît même dans certaines circonstances, notamment après les opérations faites pour des imperforations congénitales, être la cause déterminante du passage du sang dans l'abdomen.

Je n'aurais pas indiqué cette absence du reflux sanguin dans la huitième espèce de rétention menstruelle, et je ne l'aurais pas rapprochée du développement d'hématocèles qui peut avoir lieu dans chacune des variétés de cette espèce comme dans toute autre, si je n'avais tenu à montrer que je n'accorde point une importance exagérée au reflux sanguin, et tenu surtout à dire que je ne considère point cette inversion du cours normal de la sécrétion menstruelle comme une condition indispensable du passage du sang des trompes dans l'abdomen, qui se produit dans les dysménorrhées. La cause efficiente du passage du sang dans l'abdomen qui s'observe dans la rétention menstruelle, c'est la distension des trompes par la sécrétion cataméniale non excrétée. Elle peut résulter simplement de la difficulté que les trompes éprouvent à faire passer dans la matrice le produit de leur sécrétion, soit par le fait d'un rétrécissement de l'ostium uterinum, soit même par le fait seul de la réplétion utérine; elle est alors analogue à la congestion pulmonaire qui s'observe dans le rétrécissement aortique. Mais elle peut résulter aussi, et de la difficulté de la transmission de la sécrétion tubaire que je viens d'indiquer, et du cours rétrograde que le travail expulsif de la matrice, resté stérile, imprime au produit de sa propre sécrétion, qui vient, lorsqu'il ne peut trouver d'issue par l'orifice cervico-utérin, se rendre dans les trompes, et augmenter alors la distension dont ces organes étaient déjà le siége; cette distension est ainsi analogue à la congestion pulmonaire, si intense, qui se produit lorsqu'à un rétrécissement aortique vient se joindre une insuffisance de la valvule mitrale. Le reflux du sang de l'utérus dans les trompes est donc une cause adjuvante de la distension extrême que ces organes ont à subir dans le cas de rétention menstruelle, et conséquemment du passage du sang dans l'abdomen; mais il n'est pas indispensable pour que ces deux faits se produisent. Il n'a pas lieu notamment dans la huitième espèce, que l'absence de symptômes utérins proprement dits sépare complétement des autres espèces de rétention menstruelle dont j'ai actuellement à résumer en quelques lignes les principaux caractères, et qui doivent être surtout

distinguées les unes des autres par la différence de leur curabilité et la différence des indications thérapeutiques que présente chacune d'elles.

Les deux premières espèces, c'est-à-dire les rétentions menstruelles qui, les unes, reconnaissent pour cause une imperforation congénitale d'une partie quelconque du canal vulvo-utérin, les autres, une occlusion, soit du vagin, soit de l'utérus, postérieure à la puberté, se distinguent de toutes les autres espèces par l'impossibilité de voir, dans aucun de ces cas, les efforts seuls de la nature donner issue à la sécrétion menstruelle par la voie normale de l'excrétion. Dans aucun de ces cas l'obstacle physique, qui s'oppose d'une manière complète à l'accomplissement de la fonction menstruelle, ne peut spontanément disparaître ; il faut, pour que la sécrétion se produise au dehors, qu'elle suscite un travail pathologique, qui est tellement périlleux, que les exemples de cette cure naturelle, que je rapporterai plus loin, sont complétement exceptionnels. La gravité extrême du travail pathologique, qui dans ces circonstances est nécessaire à l'établissement d'une fistule génito-rectale ou tubo-vaginale (1), susceptible de déverser à chaque mois dans le rectum ou dans la partie du vagin inférieure au rétrécissement le produit de la sécrétion menstruelle ; le retour périodique d'accidents qui se manifestent à chaque excrétion qui a lieu par la voie anormale ; enfin la persistance de l'infirmité sexuelle, que ne peut modifier l'effort curateur de l'organisme, donnent dans ces deux premières espèces l'indication formelle de rétablir artificiellement la voie d'excrétion, contrairement à l'opinion de Boyer formulée dans l'observation d'Amussat (2). La fréquence des résultats funestes après ces opérations, qui avait inspiré à Boyer une invincible répugnance pour toute tentative destinée à obvier à des oblitérations vaginales ou utérines, mais qui se présente presque semblable après des opérations graves et après des opérations infiniment bénignes en apparence, comme on peut le voir par les cas de mort assez nombreux que j'ai rapportés (3), doit faire ajouter à l'indication d'une inter-

(1) Obs. XIV, p. 90.

(2) Obs. d'Amussat, placée en note, p. 37.

(3) Obs. II, p. 34 ; obs. III, p. 35 ; obs. IV, p. 39 ; obs. V, p. 52 ; obs. VI, p. 53. obs. VII, p. 55, obs. VIII, p. 57 ; obs. XIII, p. 78.

vention chirurgicale celle d'opérer le plus tôt possible. Elle doit faire ajouter l'indication d'opérer avant que les organes génitaux aient eu à subir une distension un peu marquée, parce qu'on a à craindre, dans ces circonstances, de voir même une simple ponction de la membrane hymen être suivie du passage du sang des trompes dans l'abdomen, qui peut entraîner et a en effet entraîné plusieurs fois la mort (1).

Une intervention chirurgicale peut également être nécessaire dans la troisième espèce, c'est-à-dire dans les rétentions menstruelles qui reconnaissent pour cause une atrésie congénitale ou acquise du canal vulvo-utérin, mais seulement dans les cas assez rares où la coarctation, soit du vagin, soit du col, est portée à un point tel, qu'elle est la cause efficiente du défaut d'excrétion. Dans les autres cas, la nature, seule ou aidée par une médication appropriée à l'élément morbide qui est venu se surajouter à l'étroitesse de la voie d'excrétion et déterminer la rétention, peut suffire au rétablissement de la fonction. Je dois dire toutefois qu'après cet amendement il faudra se préoccuper de l'atrésie du canal vulvo-utérin, rechercher si c'est au rétrécissement que doit être attribué le développement soit de l'inflammation de la muqueuse cervico-utérine, soit de l'engorgement du col, qui a été la cause déterminante de la rétention, parce qu'il y a alors indication d'obvier au rétrécissement dont la persistance rendrait imminente la récidive de l'état morbide du col, et conséquemment celle du trouble de l'excrétion.

Dans la quatrième espèce, dans laquelle j'ai réuni tous les cas de rétention menstruelle qui reconnaissaient pour cause une augmentation de volume du col utérin, quelle que soit d'ailleurs la nature de cette hypertrophie, les indications sont multiples. Ces diverses augmentations de volume du col ont pour effet commun de rendre l'excrétion impossible par un mécanisme semblable ; elles ont de commun de permettre qu'elle se rétablisse, lorsque l'engorgement diminue d'une manière telle, qu'une dilatation suffisante de l'orifice cervico-utérin puisse avoir lieu ; elles présentent ainsi toutes, comme indication, de chercher à obtenir cette dilatation. Mais de notables dissemblances dans la possibilité du retour de l'écoulement et dans les moyens qu'on peut mettre en œuvre pour obtenir une

(1) Obs. II, p. 34 ; obs. III, p. 35.

dilatation qui le permette, résultent de la nature différente de l'augmentation de volume du col, qui, dans tous les cas, est le fait d'un état morbide antérieur, auquel on a eu trop souvent le tort sans doute de rapporter comme symptômes propres les accidents dysménorrhéiques qui n'en sont qu'une conséquence éloignée, mais qui n'en prime pas moins, au point de vue thérapeutique, l'augmentation de volume du col qui détermine la rétention. Aussi le pronostic et les moyens thérapeutiques doivent nécessairement varier suivant que le gonflement du col résulte d'une congestion, d'une inflammation aiguë ou chronique, ou d'une production organique développée dans le col utérin, et suivant la nature maligne ou bénigne de la production organique. Ils peuvent même être différents dans cette dernière variété, lorsque la production organique est limitée au col, ou au contraire envahit en même temps une partie du corps de l'utérus, ou même lorsque l'excrétion est entravée par un corps fibreux développé dans les parois du corps, qui peut être énucléé.

On retrouve les mêmes indications que dans les rétentions déterminées par le développement d'un corps fibreux interstitiel, mais opérable, dans une des variétés de la cinquième espèce, c'est-à-dire dans les faits où l'interception du flux menstruel reconnaît pour cause l'existence d'un polype qui obture l'orifice utérin. Dans cette variété, on a pour indication de favoriser la dilatation du col, et de faire disparaître ensuite par une intervention chirurgicale, si elle est possible, le polype qui constitue l'obstacle à l'excrétion. Dans l'autre variété de cette cinquième espèce, c'est-à-dire dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, l'obturation du col utérin par la sécrétion menstruelle elle-même, revêtue par l'exfoliation de la muqueuse utérine qui se produit à chaque période cataméniale, me paraît un fait secondaire; le défaut d'excrétion doit, ce me semble, être attribué, dans ces cas, à l'inflammation de la muqueuse utérine, qui entrave la dilatation de l'orifice cervico-utérin, et produit consécutivement la coagulation du sang, l'anomalie de la mue cataméniale et la rétention. Dans cette variété, la nature peut seule amener, et même amène le plus souvent seule la solution de la rétention; mais celle-ci reparaîtra bientôt si l'affection catarrhale de l'utérus génératrice de la dysménorrhée subsiste à une certaine acuité. Les indications qu'on a à

remplir dans cette variété devront donc être surtout fournies par l'inflammation de la muqueuse utérine, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, est dans presque tous les cas la manifestation d'une diathèse, et devront, par conséquent, avoir non-seulement pour but de faire disparaître l'affection locale, mais surtout de guérir ou au moins d'amender la maladie dont l'affection utérine n'est qu'une dépendance.

Les remarques que je viens de faire pour cette dernière variété de la cinquième espèce sont applicables à la sixième, c'est-à-dire aux rétentions menstruelles qui se présentent dans les flexions utérines, et qui dans ces circonstances sont bien plutôt le fait de l'affection catarrhale conjointe au déplacement utérin que celui de la déviation de la matrice, qui me paraît n'avoir qu'une fort médiocre influence sur les fonctions de l'utérus, et en particulier sur la fonction menstruelle.

Les rétentions menstruelles qui composent notre septième espèce, c'est-à-dire celles qui au début reconnaissent pour cause une contraction spasmodique du col utérin, forment, comme je l'ai indiqué, deux groupes distincts, qui offrent, chacun, un pronostic différent et des indications thérapeutiques différentes. Dans l'un, en effet, le spasme utérin, entièrement de cause accidentelle, produit soit par une émotion morale (1), soit par une impression physique (2), soit par ces deux sortes de causes réunies (3), peut spontanément disparaître après quelques heures ou même quelques jours de durée, et le rétablissement du flux avoir lieu avant que la persistance du trouble fonctionnel ait amené un changement de vitalité, ou du moins un changement de vitalité durable du col utérin. Ce rétablissement, qu'il soit du flux spontané, ou qu'il soit provoqué par des moyens simples que toutes les femmes connaissent, est tellement fréquent, que je n'ai pas cru nécessaire d'en rapporter d'exemple. J'ai cru d'autant plus inutile de le faire, qu'il est rare que le médecin soit consulté dans ces circonstances, et même rare qu'il le soit pour la suppression d'une première menstruation qui ne s'est point spontanément rétablie avant la fin de l'époque cataméniale suivante, parce que les malades, en voyant les accidents s'amender au bout de quelques

(1) Obs. XXVIII, p. 144.
(2) Obs. XXIX, p. 149.
(3) Obs XXX, p. 155.

jours, espèrent les voir disparaître à la menstruation prochaine, qui, en effet, amènera la solution de la rétention, si le trouble fonctionnel n'a pas fait naître une modification organique qui s'opposerait alors à l'excrétion. Il résulte de là qu'il est presque exceptionnel pour un médecin d'avoir, comme unique indication dans cette variété de la septième espèce, à combattre le spasme utérin ; il trouvera presque toujours l'indication de s'adresser d'abord au travail congestionnel ou inflammatoire, qui, bien que secondaire, est devenu cependant le principal obstacle à la production du flux menstruel.

Dans l'autre variété de la septième espèce, c'est-à-dire dans les dysménorrhées nerveuses proprement dites, mais qui peuvent être, comme j'ai eu le soin de le spécifier, soit le fait d'une névrose spéciale héréditaire, soit symptomatique de maladies fort différentes, l'indication, je ne dirai pas première, parce que souvent elle ne peut être remplie que lorsqu'on a calmé les douleurs affreusement cruelles auxquelles les malades sont en proie avant l'émission des règles, mais l'indication principale est fournie par la maladie dont la rétention menstruelle n'est qu'une manifestation. Dans ces dysménorrhées nerveuses l'intervention d'une cause accidentelle n'est pas nécessaire ; ce qui les caractérise même le plus souvent, c'est la répétition à chaque mois, sans cause appréciable, d'un travail expulsif excessivement pénible, qui dure un temps déterminé avant que l'accouchement de la sécrétion cataméniale puisse se produire, et fasse alors graduellement disparaître les coliques utérines, qui jettent les malades dans un état d'angoisse inexprimable. Malgré l'intensité de ces souffrances, qui parfois sont telles que les malades se tordent de douleur dans leur lit, le pronostic de cette variété de la rétention est en général moins grave que celui de toute autre variété, du moins au point de vue de la conservation de la vie, parce qu'au bout d'un nombre d'heures ou de jours très limité, les contractions utérines arrivent à se régulariser et à déterminer l'excrétion complète du produit menstruel. Aussi est-il rare, dans cette variété de la rétention, de voir survenir, par le fait de la dysménorrhée, un état morbide de la muqueuse cervico-utérine ou du parenchyme du col, qui se manifeste surtout lorsqu'une partie de la sécrétion menstruelle ne peut être expulsée au dehors. Malgré cela, le pronostic des dysménorrhées nerveuses ne peut être considéré

comme favorable, parce qu'elles ont une funeste tendance à se perpétuer, et parce qu'elles participent à la difficile curabilité de la maladie dont elles procèdent, qui est plus souvent la chlorose ou l'anémie que l'hystérie.

Je dois dire toutefois que les dysménorrhées hystériques ne sont pas rares, et que même dans un certain nombre de cas elles sont la première manifestation de cette maladie; mais je dois dire aussi que cette fréquence et cette manifestation précoce du trouble fonctionnel utérin hystérique ne légitiment pas cependant l'opinion de certains pathologistes (au nombre desquels on est étonné de compter M. de Scanzoni) (1), qui considèrent l'utérus comme le siége de l'hystérie. Cette maladie ne peut être localisée; elle est, comme toute maladie, une affection *totius substantiæ*, un état physiologique anormal qui modifie tous les actes de l'organisme, une façon d'être pathologique de la vie qui a comme caractère propre de se révéler par des troubles dynamiques, tantôt de l'une, tantôt de l'autre des fonctions, et qui peut par conséquent se révéler par des troubles des fonctions génitales, comme de toute autre, sans qu'on doive pour cela accuser l'utérus de tant de maux dont on l'a rendu passible et dont il est bien innocent. Je me contenterai de cette simple énonciation de mon opinion, que je n'ai pu me dispenser d'émettre, parce qu'on pourrait trouver singulier que je ne l'aie pas formulée en parlant des dysménorrhées nerveuses, qui ont servi à étayer la localisation de l'hystérie dans l'utérus, les migrations imaginaires de la matrice et autres opinions aussi peu fondées les unes que les autres, et qui toutes, en définitive, ne sont que des variantes d'une même idée appropriée au goût de chacune des époques médicales.

Mais revenons à notre sujet. J'ai exposé quelques pages plus haut les principaux caractères de la huitième espèce, qui se distingue de toutes les autres en ce que les rétentions menstruelles qui la composent, déterminées par un obstacle à l'excrétion placé sur un point ducanal vulvo-ovarien plus élevé que l'utérus, ont uniquement pour siége les trompes, et en ce que surtout la matrice ne prend point part, ou ne prend qu'une faible part au travail pathologique. Les symptômes qui caractérisent ce travail pathologique doi-

(1) De Scanzoni, traduct. française, p. 106, 157, 163.

vent sans doute offrir, dans les faits dissemblables que la pénurie d'observations m'a forcé de grouper ensemble, des différences très sensibles, suivant la nature de l'obstacle à l'excrétion et suivant les conditions diverses dans lesquelles se produit soit l'oblitération, soit le rétrécissement de l'oviducte qui détermine la rétention ; mais il m'est impossible de les indiquer parce que les observations manquent pour le faire. Celles que j'ai rapportées montrent seulement, entre les rétentions menstruelles tubaires déterminées par une imperforation congénitale et celles qui reconnaissent pour cause une oblitération postérieure à la puberté, des dissemblances dans le début et dans la marche analogues à celles qui se trouvent dans les sept premières espèces de rétentions utérines, et que j'ai à rappeler.

Ce n'est pas, en effet, uniquement sous le rapport des terminaisons que chacune des causes de rétention donne lieu à des différences, elles impriment aussi au début et à la marche de l'affection une forme particulière dont la connaissance importe pour le diagnostic. Dans les vices congénitaux du canal vulvo-utérin, les accidents se manifestent à l'époque où la révolution pubère vient de s'accomplir; on est exposé alors à attribuer ces accidents, qu'aucun flux menstruel n'a précédé, à l'établissement difficile d'une fonction nouvelle qui détermine des changements si profonds dans l'économie de la femme tout entière. Cette espèce de rétention se distingue encore par le peu d'intensité des premiers accidents, par le calme presque absolu qui sépare chacune des recrudescences, par le peu de fréquence de ces exacerbations parfois peu régulières, enfin par le peu de retentissement qu'elles ont sur le reste de la constitution; d'où résulte l'énorme distension des organes génitaux par la sécrétion menstruelle, qui s'observe dans cette espèce, et qui rend si dangereuse toute opération faite dans ces circonstances.

Dans toutes les autres espèces, au contraire, la rétention a été précédée d'un certain nombre de menstruations plus ou moins régulières, et se présente à des époques indéterminées après la puberté. Malgré cette différence si tranchée, qui distingue les rétentions menstruelles par imperforation congénitale de toute autre, le début de la seconde espèce offre cependant, avec le début de la première, une assez grande analogie, lorsque la cicatrice vicieuse, qui est la cause de la rétention, détermine d'emblée une oblitération complète de la voie d'excrétion. L'analogie que j'ai à signaler, et qui

ne se retrouve dans aucune des cinq espèces suivantes, consiste en ce qu'il y a souvent, dans ces circonstances, absence pendant un temps assez long, non-seulement de menstruation, mais de tout signe de molimen menstruel, et en ce que les premiers accidents de la rétention surgissent à une époque où les règles devraient normalement reparaître après le travail pathologique, auquel les malades viennent d'être en proie. Ainsi, lorsque la cicatrice vicieuse est la conséquence d'un accouchement laborieux, on voit les premiers accidents se manifester six semaines à deux mois après les couches, ou à une époque un peu plus éloignée, si par suite de la difficulté de la parturition, comme dans l'observation XIII (1), les organes génitaux sont restés plus longtemps qu'à l'ordinaire incapables de reprendre leur fonction physiologique. L'époque du début est plus variable, mais également liée au rétablissement de la sécrétion, lorsque la cicatrice vicieuse qui détermine la rétention est la conséquence d'une maladie, comme dans l'observation XIV (2) et dans celle que j'ai placée en note à la suite de celle-ci (3), ou le fait d'une opération, comme dans l'observation XI (4), parce que la gravité plus ou moins grande de la maladie ou de l'opération entravera pour un temps plus ou moins long le retour de la sécrétion menstruelle dont le défaut d'excrétion donne immédiatement lieu à des douleurs. Ainsi, dans l'observation XI, où la cicatrice vicieuse était le fait de cautérisations pratiquées pour une affection très bénigne de la muqueuse utérine, les premiers accidents se sont manifestés à l'époque cataméniale subséquente, tandis qu'ils ne sont survenus qu'à la troisième époque dans l'observation XIV, où l'oblitération était la conséquence d'une fièvre typhoïde grave, et seulement huit à neuf mois après la gangrène qui a déterminé l'obstruction vaginale, dans le fait qui m'a été communiqué par M. Goupil. L'occlusion complète qui résulte d'une cicatrice vicieuse est encore la cause d'une autre analogie que présente le début de la seconde espèce avec celui de la première, et qui consiste dans la bénignité plus grande, dans ces deux espèces, des premiers accidents, et dans la régularité de leur accroissement, qui va progressant par saccades de

(1) Voyez page 74.
(2) Page 78.
(3) Page 85.
(4) Page 71.

mois en mois. Mais si, en général, les premiers accès de douleurs déterminés par la rétention sont moins pénibles, le calme qui leur succède plus complet, et surtout si la réaction générale de la rétention sur toute l'économie est moins marquée dans la seconde espèce que dans les cinq dernières, cependant les accidents du début dans cette espèce sont bien plus graves que dans les imperforations congénitales, qui laissent souvent les malades pendant des années dans un état de santé précaire, tandis que les oblitérations postérieures à la puberté compromettent l'existence en quelques mois.

Les dangers sont beaucoup plus tardifs, lorsque la cicatrice vicieuse, au lieu de produire une oblitération complète, détermine seulement une coarctation de la voie d'excrétion qui rend difficile, mais non immédiatement impossible, l'émission des règles, comme dans l'observation XII (1), parce qu'on voit dans ces circonstances, avant la rétention proprement dite, se dérouler pendant un temps plus ou moins long les accidents auxquels donnent lieu les rétrécissements du col utérin. Ces rétrécissements, qui constituent nos troisième, quatrième, cinquième et sixième espèces, ont pour caractères communs : d'être la conséquence d'un état pathologique de l'utérus, passé dans les coarctations cicatricielles et les atrésies congénitales, existant encore et révélé par ses signes propres dans les engorgements du col, dans les polypes, dans les dysménorrhées pseudo-membraneuses, les déviations dysménorrhéales ; et de rendre laborieux, soit d'une manière constante, soit d'une manière irrégulière, l'accouchement de la sécrétion menstruelle. Toutes ces espèces se distinguent ainsi des deux premières, en ce que la rétention, au lieu de succéder à une suspension complète plus ou moins prolongée du flux menstruel, est en général précédée, pendant un temps plus ou moins considérable, d'accès dysménorrhéiques, c'est-à-dire de rétentions éphémères de la sécrétion cataméniale, qui sont jugées chaque fois, au bout de quelques heures de durée, par un travail expulsif plus ou moins pénible. Les différences que je viens d'indiquer dans l'intensité, mais surtout dans la régularité du retour des accès dysménorrhéiques qui se produisent chaque mois semblables ou au contraire dissemblables, ou qui se produisent à des époques irrégulièrement éloignées, peuvent servir, dans un grand

(1) Page 72.

nombre de cas, à distinguer les divers rétrécissements les uns des autres.

Ainsi la régularité ou au contraire l'irrégularité des accès partagent les dysménorrhées symptomatiques d'un rétrécissement en deux groupes qui, lorsque leurs caractères sont bien tranchés, sont plus distincts l'un de l'autre que chacun de ces groupes ne diffère de quelques-unes des variétés des dysménorrhées nerveuses qui viennent si malheureusement embarrasser l'histoire des rétrécissements utérins. Le premier groupe, auquel je donnerai le nom de *dysménorrhées mécaniques*, comprendra non-seulement celles qui résultent d'une atrésie congénitale auxquelles seules cette dénomination a été appliquée par les auteurs anglais, mais aussi celles qui sont déterminées par une coarctation cicatricielle, par une augmentation de volume du col, ou par un polype. Ce premier groupe se distingue des autres dysménorrhées par la régularité du retour, à chaque mois, de douleurs d'une durée et d'une intensité à peu près semblables, ou par l'aggravation assez régulièrement continue du travail de parturition menstruelle, qui s'accomplit plus ou moins difficilement, suivant l'étroitesse du rétrécissement et suivant l'état morbide plus ou moins marqué des organes génitaux qui coexiste à l'obstacle physique. La longue persistance et la régularité du retour mensuel des accès qui caractérisent, en général, les dysménorrhées mécaniques, tendent malheureusement à les confondre avec les dysménorrhées dynamiques qui se présentent héréditairement dans certaines familles, et surtout à confondre cette névrose spéciale et les dysménorrhées par atrésie congénitale, qui toutes deux débutent avec la puberté ; tandis que les premières manifestations des autres rétrécissements mécaniques n'apparaissent que consécutivement à un état pathologique de l'utérus. Ce qui rend surtout difficile la distinction, c'est la coexistence si fréquente au rétrécissement d'un état morbide de la muqueuse utérine, qui tend à enlever aux dysménorrhées mécaniques leurs caractères distinctifs. Dans ce cas l'affection catarrhale coexistante au rétrécissement altère la similitude des accès, les rend plus ou moins graves, suivant l'acuité qu'elle présente elle-même, et ainsi rapproche ces accès de ceux qui se produisent dans les dysménorrhées qui sont uniquement symptomatiques d'une affection inflammatoire primitive ou secondaire de la muqueuse utérine, dont j'ai à parler.

Dans les différentes variétés de dysménorrhées symptomatiques d'une inflammation de la muqueuse utérine (c'est-à-dire, dans les dysménorrhées pseudo-membraneuses, dans celles qui se présentent dans les déviations et dans les diverses affections, soit blennorrhagiques, soit catarrhales, soit phlegmasiques, de la membrane interne de l'utérus, qui toutes ont été comprises sous la dénomination générique de métrite interne), l'obstacle à l'excrétion résulte du défaut de dilatation de l'orifice utérin, qui, par suite de l'entrave apportée à l'accomplissement de ses fonctions par l'état pathologique de la muqueuse, forme un véritable rétrécissement du canal vulvo-utérin, mais un rétrécissement essentiellement temporaire. Aussi les dysménorrhées qui reconnaissent pour cause un défaut de dilatation de l'orifice cervico-utérin déterminé par un état inflammatoire de la muqueuse utérine se distinguent-elles, en général, par l'irrégularité du retour de leurs accès. Tantôt ils se présentent à certaines époques, manquent à d'autres pour revenir aux mois suivants ou à des époques irrégulièrement éloignées les unes des autres, suivant l'acuité plus ou moins grande de la métrite catarrhale ; tantôt, lorsque l'état pathologique de la muqueuse a entraîné une augmentation consécutive du col, les accès dysménorrhéiques sont mensuellement périodiques, mais d'une intensité différente presque à chaque mois. L'intermittence irrégulière des accès ou la variabilité de chacun d'eux, qui caractérisent ces dysménorrhées, peuvent très facilement les faire confondre avec les dysménorrhées dynamiques symptomatiques de la chlorose, de l'anémie ou de l'hystérie, qui ont comme caractères, communs du reste à toutes les manifestations de ces passions pathologiques, d'offrir des alternances tenant, soit à l'activité plus ou moins grande de la maladie, soit aux déplacements des troubles dynamiques qui tantôt entravent telle fonction, tantôt telle autre, et qui sont alors, pour ainsi dire, métastatiques les uns des autres. La distinction est souvent d'autant plus difficile, que la chlorose, et même l'hystérie, par l'anémie consécutive qu'elle produit, a donné lieu concurremment à un catarrhe utérin, qui fait éprouver le plus grand embarras pour discerner si la dysménorrhée est le fait d'un défaut de dilatation de l'orifice cervico-utérin causé par l'inflammation catarrhale, ou le fait d'une constriction spasmodique purement dynamique. Heureusement cette distinction n'a, dans le plus grand nombre des cas,

qu'une importance médiocre au point de vue thérapeutique, parce que l'indication principale doit être, après avoir paré aux accidents pressants qui peuvent se présenter pendant l'accès dysménorrhéique, de combattre la maladie qui donne lieu aux manifestations utérines. Cette indication est d'autant plus importante, que la maladie, après avoir déterminé pendant longtemps des rétentions éphémères de la sécrétion cataméniale, peut à une époque indéterminée rendre impossible la parturition de cette sécrétion, et faire naître alors toute la série des accidents de la rétention proprement dite qui débutent brusquement dans l'espèce suivante.

Les faits qui composent cette septième espèce de rétention diffèrent de ceux de toutes les espèces précédentes en ce que, dans celle-ci, la rétention succède à une interruption brusque de la menstruation, qui était en pleine activité et pouvait être parfaitement normale lorsque le flux cataménial a été tout à coup interrompu par l'intervention d'une cause accidentelle, qui peut être indifféremment une impression physique ou une émotion morale. La suppression brusque du flux cataménial qui caractérise le début de cette espèce, la continuation des douleurs expulsives ou leur manifestation, si elles n'étaient pas jusque-là perçues, la dilatation que présente consécutivement l'utérus jusqu'à l'époque où a lieu l'émission au dehors d'une certaine quantité de sang altéré, enfin l'intensité plus ou moins grande des accidents, suivant que l'arrêt des règles a eu lieu à une date plus ou moins rapprochée du premier jour de la menstruation, m'ont fait attribuer la rétention qui a lieu dans ces circonstances à une contracture du col utérin analogue à celle qui s'observe dans des accouchements ou des avortements. La constriction spasmodique plus ou moins durable que présente, dans cette septième espèce, le col utérin, mais surtout son orifice cervico-utérin, qui d'ailleurs dans le cathétérisme utérin est souvent difficilement traversé par l'hystéromètre, ou vient serrer cet instrument tout en permettant son passage, se produit, soit chez des femmes qui présentaient depuis longtemps une affection utérine ou étaient en proie à une névrose, soit au contraire chez des femmes qui jouissaient d'une santé parfaite. Dans le premier cas, l'affection utérine ou la névrose peut être considérée comme une cause prédisposante de la rétention, et être souvent regardée comme la cause du défaut de rétablissement ultérieur de l'excrétion, surtout lorsque l'affection utérine préexis-

tante avait donné lieu à une augmentation de volume du col. Dans le second cas, au contraire, la rétention est accidentelle, pour ainsi dire de cause externe, et la persistance du défaut d'excrétion doit être alors attribuée au changement de vitalité que le trouble fonctionnel a déterminé dans le col utérin, qui vient ultérieurement constituer un obstacle physique à l'écoulement des règles, entravé d'abord seulement par le spasme de l'orifice cervico-utérin. Mais, du reste, peu importe quelle que soit dans ces circonstances la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion de la sécrétion menstruelle, on voit, lorsqu'elle ne peut se rétablir, le produit accumulé de chacune des sécrétions cataméniales non excrétées, donner lieu aux symptômes qu'on peut appeler caractéristiques des aménorrhées par rétention, dont j'ai à exposer le tableau.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les accidents que détermine la rétention, légers à la première période menstruelle, surtout dans les deux premières espèces, sont en général en rapport, ainsi que je l'ai indiqué, avec la quantité de liquide que renferme la matrice. Les symptômes de cette première période consistent dans l'absence de l'écoulement menstruel, dans un sentiment de gêne, de pesanteur, ressenti dans le bassin, enfin dans la manifestation de douleurs intermittentes qui, de la région lombaire, se portent vers le pubis ou le fondement, et ressemblent complétement aux douleurs de l'accouchement. Ces douleurs persistent pendant tout le temps où les règles devraient avoir lieu; elles continuent après cette époque, vont même en augmentant, lorsque les efforts expulsifs doivent, comme dans l'observation XXVIII (1), amener la solution de la rétention à cette première période. Mais s'ils doivent rester impuissants, les douleurs intermittentes perdent de leur intensité quelques jours après la période menstruelle; quelquefois même le seul symptôme qui reste appréciable aux malades consiste dans une pesanteur hypogastrique qui augmente par les fatigues et surtout par la marche. Aussi le plus souvent les malades peuvent-elles vaquer encore d'une manière plus ou moins facile à leurs occupations, jusqu'au retour de l'époque menstruelle suivante.

---

(1) Voy. page 144.

On voit alors les accidents prendre une intensité nouvelle, si, après les prodromes habituels des règles, l'écoulement ne peut avoir lieu. Mais une foule de circonstances difficilement appréciables modifient de telle sorte le tableau morbide, que dans certaines rétentions, c'est seulement à la quatrième menstruation non excrétée qu'on observe les symptômes qui, dans d'autres, se manifestent dès la première époque menstruelle. Pendant ces exacerbations périodiques, la pesanteur hypogastrique augmente, des ténesmes se font sentir après la défécation et surtout après la miction, ainsi que des engourdissements dans la partie supérieure des cuisses. L'utérus, augmenté de volume et de poids, vient faire saillie au-dessus du pubis, vers lequel s'incline, en même temps, sa face antérieure. Le col utérin, plus volumineux, se rapproche de l'orifice vulvaire ; non-seulement ses lèvres sont plus grosses, mais sa longueur est plus grande, et sa partie supérieure est dilatée, parfois même il forme un angle prononcé avec l'axe du corps de la matrice qui s'est infléchi en avant. Après ou en même temps qu'a lieu cette augmentation de l'utérus apparaissent des tumeurs plus ou moins considérables qui, d'une part, font dans les fosses iliaques une saillie parallèle au ligament de Fallope, et, de l'autre, sont senties dans le cul-de-sac vaginal à droite et à gauche du col utérin. Ces tumeurs accolées aux bords latéraux de l'utérus et en avant à la face postérieure des branches du pubis, à peine mobiles d'avant en arrière, reçoivent par transmission les divers mouvements qu'on communique à la matrice. Elles se manifestent, pour ainsi dire, du jour au lendemain, comme on a pu le constater dans l'observation XXIX (1); dès leur apparition, ces tumeurs sont tendues, élastiques, et présentent une fluctuation obscure, sorte de vibration qui se communique de la fosse iliaque dans le cul-de-sac vaginal, et *vice versâ*. Ces tumeurs, lorsqu'elles augmentent, ne permettent à l'utérus d'autre mouvement qu'un léger soulèvement, elles l'enclavent dans la position qu'il a prise, ou lui impriment une déviation, une sorte de torsion, lorsqu'une des trompes est seule distendue, ou que la distension est plus marquée dans l'une que dans l'autre de ces parties.

Ces symptômes de la réplétion des organes génitaux sont accompa-

(1) Page 149.

gnés, quelques-uns même déterminés par les contractions utérines, dont l'existence est révélée par la manifestation de douleurs intermittentes semblables à celles de l'accouchement. Ces caractères des douleurs étaient bien tranchés, non-seulement dans les observations que j'ai moi-même recueillies, mais aussi dans celles que j'ai empruntées à différents auteurs, et notamment dans la XIIIe observation (1). Dans celle-ci, non-seulement les douleurs étaient pour la malade semblables à celles qu'elle avait éprouvées antérieurement pendant la parturition, mais pendant chacune de ces douleurs expulsives on sentait la matrice entrer en contraction, on voyait même pendant chacune d'elles la tumeur vaginale devenir plus volumineuse et plus tendue. On trouve dans l'observation XXVIII (2) une analogie de plus entre les douleurs dysménorrhéiques et les douleurs de l'accouchement, en ce que chez cette malade les douleurs intermittentes se suspendaient sous l'influence d'injections laudanisées, pour renaître plus tard et augmenter par l'administration du seigle ergoté. Lorsque ces contractions utérines ne peuvent vaincre la résistance du col utérin, elles forcent le liquide incompressible sur lequel elles agissent à s'ouvrir une voie anormale, et à venir s'épancher dans la cavité du péritoine qu'il enflamme. Je dois dire cependant que le plus grand nombre des péritonites qui s'observent à cette première période, et elles sont très fréquentes, comme on pourra le voir dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite, ne tiennent pas à l'épanchement du sang dans la séreuse, mais paraissent être le fait du retentissement sur le péritoine de l'état pathologique des organes génitaux distendus par la sécrétion cataméniale. J'ai dû, pour éviter des répétitions, ne pas placer ici la description de ces pelvi-péritonites, et renvoyer un peu plus loin, dans les terminaisons, celle des péritonites par épanchement sanguin; cela me permettra de présenter tout de suite les autres symptômes de la rétention, dont jusqu'ici je n'ai indiqué que les symptômes locaux.

De tous les symptômes éloignés auxquels donnent lieu les recrudescences périodiques, les plus marqués sont ceux qui résultent de l'éréthisme nerveux que fait naître la perception presque continue de douleurs difficilement supportables. C'est à cette cause qu'il faut,

(1) Page 74.
(2) Page 144.

je crois, attribuer l'état d'anxiété ou d'impatience, l'agitation continuelle, les horripilations, les étouffements ou les suffocations, les palpitations violentes ou les syncopes, les convulsions hystériformes, et enfin tous les accidents nerveux qu'on rencontre diversement groupés dans les observations que j'ai rapportées. On doit croire liés encore à cette perturbation profonde de l'économie produite par des douleurs stériles, l'inappétence, sans soif vive, qu'ont présentée toutes les malades, la légère accélération du pouls, qui n'existait que chez quelques-unes, et les frissons, indiqués exceptionnellement. On peut en effet remarquer qu'on observe également l'inappétence, l'accélération du pouls, les frissons, lorsqu'une parturition difficile fait naître une excitation nerveuse analogue à celle que je viens de décrire. Ces symptômes sont surtout tranchés lorsque, dans un accouchement laborieux, les accidents nerveux sont portés à un degré tel, qu'ils donnent lieu à des convulsions imitant celles de l'éclampsie, et dont les accès, à l'intensité près, sont semblables aux accès hystériformes qui se produisent dans les rétentions cataméniales.

Lorsque le travail expulsif reste impuissant, on voit les accidents perdre peu à peu de leur intensité quelques jours après l'époque menstruelle. La distension des cavités génitales diminue, la tuméfaction formée par ces organes s'affaisse, les ténesmes du rectum et de la vessie, les fourmillements des cuisses se calment, la pesanteur hypogastrique s'affaiblit, enfin les douleurs intermittentes cessent complétement ou deviennent moins intenses, et paraissent seulement à des intervalles plus éloignés les uns des autres. En même temps qu'on observe cette diminution dans l'intensité des symptômes locaux, les accidents nerveux disparaissent ou sont remplacés par d'autres symptômes, mais très exceptionnels : appétits capricieux, gonflement des seins (1), qu'on rencontre dans les autres réplétions utérines, et en particulier dans la grossesse, à laquelle ils appartiennent presque en propre. Quant aux frissons et à l'accélération du pouls, ils cessent, s'ils existaient pendant la recrudescence, et l'on doit rapporter au développement d'inflammations consécutives des organes génitaux l'état fébrile qu'on trouve dans certaines observations indiqué pendant cette période. Mais alors même qu'il ne

(1) Obs. XXX, p. 154.

surgit aucune complication de cette espèce, la prolongation des douleurs donne lieu à un dépérissement plus ou moins rapide, mais qui n'a rien de grave.

L'amendement dans les symptômes persiste, va même en augmentant jusqu'au retour de l'époque menstruelle, qui ramène les mêmes accidents, mais plus intenses qu'à l'époque précédente. Non-seulement chaque menstruation non excrétée donne lieu à un orage plus grave que les précédents, mais encore les accidents qui subsistent après les recrudescences périodiques sont de plus en plus intenses après chacune d'elles. Cependant il faut remarquer que, dans les dernières périodes, l'augmentation est moins marquée qu'aux premières époques, ce qui paraît tenir à la diminution graduelle de chacune des sécrétions cataméniales dont le produit n'est pas excrété, et quelquefois même à la cessation complète de la sécrétion, qui survient lorsque la persistance de la rétention a porté une atteinte assez grave à la constitution. Cette circonstance, mais surtout les changements qui s'opèrent dans la collection sanguine, impriment des modifications nombreuses dans les symptômes des dernières périodes des rétentions menstruelles. Je les étudierai plus loin pour présenter alors les différentes phases du travail organisateur que la nature met en œuvre pour rendre innocente la présence d'un corps étranger qu'elle ne peut expulser. Mais ce n'est là qu'une terminaison incomplète; la véritable solution de la maladie est constituée par l'expulsion spontanée du *retentum* menstruel. Les efforts curateurs de l'organisme tendent à la produire par deux procédés qui, bien que différents l'un de l'autre, donnent lieu cependant au même résultat. Dans le premier, les phénomènes morbides qu'on voit apparaître, consistent seulement dans l'exagération d'une des propriétés naturelles de la matrice; dans le second, au contraire, on voit naître autour du retentum un travail inflammatoire dont le produit entraîne au dehors le corps étranger, qui sort alors avec la suppuration.

La surexcitation de la contractilité utérine donne lieu à un écoulement sanguin qui présente de nombreuses différences suivant l'ancienneté de la rétention, la quantité du liquide retenu, mais surtout suivant qu'il débarrasse complétement les organes distendus, ou laisse persister une partie de la réplétion. Cet effort salutaire de la nature a lieu à diverses périodes : ainsi nous trouvons, dans les ob-

servations précédemment rapportées, que l'hémorrhagie s'est produite, tantôt quelques jours après la rétention, tantôt seulement à la deuxième, à la troisième, à la quatrième et même à la septième époque menstruelle. Dans le plus grand nombre des cas, une hémorrhagie continue, plus ou moins abondante, juge la maladie; dans d'autres, l'évacuation sanguine incomplète se renouvelle à chaque époque menstruelle. Dans ce cas on voit, lorsque la rétention a duré plusieurs mois, persister pendant l'intervalle un suintement sanguin, qui ne tarit que lorsque la matrice a pu se débarrasser par un dernier effort des dernières parties du retentum qu'elle renferme depuis si longtemps. Ce suintement qui rappelle la miction par regorgement avait déjà frappé l'attention de J. P. Frank, et lui avait fait donner le nom d'*aménorrhée distillante* à cette forme de la rétention (1). Ces particularités influent sans doute sur les qualités du liquide rejeté; mais il est bien difficile d'apprécier à leur juste valeur les différentes circonstances qui déterminent dans le liquide retenu au sein d'une partie vivante une décomposition, tantôt manifeste au bout de dix jours, tantôt, au contraire, à peine marquée après plusieurs mois de séjour. Je dois dire cependant que c'est uniquement dans les observations complètes, soit congénitales, soit acquises, dans lesquelles tout contact de l'air est impossible, que le sang retenu dans la matrice présente des altérations très peu marquées après plusieurs mois ou années de séjour, et que l'on doit, par conséquent, attribuer une assez grande influence, soit médiate, soit immédiate, à l'action de cet agent extérieur.

La quantité de l'écoulement offre aussi de grandes différences, dont il est bien difficile d'apprécier toutes les causes, parce que cet écoulement est en rapport avec une sécrétion très variable d'un individu à un autre, mais différant encore chez la même femme, suivant une foule de circonstances. Cependant il faut reconnaître que, dans certains cas, la quantité de l'écoulement qui juge la rétention présente une corrélation assez bien marquée avec le nombre des menstruations non excrétées. Ainsi dans l'observation XXVII, où la matrice enfermait seulement le produit d'une sécrétion cataméniale, la perte sanguine a été la même à peu près que celle qui avait normalement lieu lors des règles; tandis que

(1) J. P. Frank, traduit par Goudareau, *loc. cit.*, t. V, p. 229, 234 et suiv.

dans les observations d'imperforations congénitales où un grand nombre de menstruations successives étaient restées sans excrétion, la quantité du sang évacué a été, en général, extrêmement abondante.

Mais ce qu'il y a de bien remarquable dans ces écoulements sanguins, c'est qu'ils ne donnent lieu consécutivement à aucun trouble sensible dans la santé des malades, ce qui est très important pour le diagnostic de certaines variétés de l'hématocèle dans lesquelles l'épanchement sanguin intra-péritonéal est le résultat d'une hémorrhagie diathésique dont une partie du produit s'épanche dans l'abdomen, tandis que l'autre partie flue par la vulve. On conçoit que la faible quantité de sang perdue par les quelques-unes des malades dont j'ai rapporté les observations n'ait déterminé aucun accident grave ; mais devait-il en être de même après les hémorrhagies abondantes qui eurent lieu chez les autres, lorsqu'on voit les pertes symptomatiques d'avortements naturels ou provoqués faire naître chez des femmes robustes des accidents graves, de longue durée, réfractaires pour ainsi dire à toute médication, tant que le travail d'assimilation n'a pas rétabli la composition normale du sang ? La différence des causes de ces divers écoulements sanguins explique les dissemblances que je viens de signaler dans leurs suites. Dans les métrorrhagies symptomatiques, soit d'une diathèse, soit d'une affection des organes génitaux, il y a soustraction d'une partie du sang nécessaire à l'entretien de la vie ; cette perte modifie la composition du sang, et fait naître ainsi un état constitutionnel nouveau qui engendre consécutivement une foule d'accidents morbides. Dans les rétentions menstruelles, au contraire, l'écoulement sanguin n'est que la production au dehors de sécrétions normales qui, après s'être accumulées pendant un temps plus ou moins long, peuvent enfin être excrétées toutes ensemble. Aussi l'écoulement de ce sang depuis longtemps séparé du torrent circulatoire ne peut-il apporter de modifications dans la composition de la masse sanguine, d'où résulteraient les accidents qu'on observe après les hémorrhagies abondantes. Ce n'est pas à ce flux critique, qui n'a que les apparences d'une perte, qu'on doit rapporter l'émaciation de certaines malades affectées de rétentions, mais à la longueur de l'affection elle-même, à la persistance prolongée de douleurs cruelles, enfin aux inflammations que fait naître la présence invétérée d'un corps étranger dans les organes génitaux.

La bénignité de cette expulsion sanguine, qui vient terminer d'une manière heureuse la rétention, devrait engager à exciter les contractions utérines qui la déterminent, si parfois le col n'offrait une résistance insurmontable à la dilatation, et si l'on n'avait alors à craindre de voir le sang s'échapper par une voie anormale. Dans ces circonstances, les auteurs se sont préoccupés du danger de la rupture de l'utérus (1). Cette crainte, lorsque toutefois les parois utérines n'offrent aucune altération indépendante de la rétention, ne me paraît pas fondée, ou du moins je ne connais aucun fait dans lequel la rupture de l'utérus ait eu lieu lorsqu'il n'existait pas concurremment à la rétention une affection organique, bénigne ou maligne, des parois utérines. On conçoit, du reste, que la rupture de la matrice n'ait point lieu dans ces circonstances, puisque les rétentions menstruelles ont pour résultat de dilater toutes les parties génitales, de faire qu'elles ne forment plus qu'une cavité anfractueuse, dont chacune des parties sera inégalement distendue suivant sa force contractile différente. Les contractions énergiques dont l'utérus devient le siége doivent par conséquent refouler le liquide incompressible dans les trompes, dont les parois sont moins musculaires; ce sont donc ces parties plus minces et moins résistantes que la matrice, qui auront, en dernier terme, à supporter tout l'effort expulsif, et c'est le point le plus faible de ces cavités surnuméraires qui devra céder et donner passage au retentum. Ainsi l'ovaire et la trompe, qui n'ont entre eux au moment de la menstruation que de faibles moyens d'union, devront cesser d'être en rapport l'un avec l'autre; ce rapport détruit, le liquide contenu dans les organes génitaux viendra par là s'épancher dans l'abdomen, ainsi qu'on a pu le constater, pour ainsi dire *de visu*, dans un grand nombre des observations précédentes, que j'ai multipliées à satiété pour tâcher de convaincre les plus incrédules.

Le passage du sang menstruel dans la cavité du péritoine fait immédiatement naître une inflammation de cette séreuse, qui présente certains caractères qui la différencient des autres péritonites. Elle survient toujours dans une des recrudescences périodiques que cause le retour de la sécrétion cataméniale, dont le produit ne peut être émis au dehors; elle a un début brusque, pour ainsi dire fou-

(1) Dance, *loc. cit.*, *Archives gén. de médecine*, 1re série, t. XX, p. 530 et suiv.

droyant; elle donne lieu à une tumeur rétro-utérine qui peut être sur-le-champ constatée, si les circonstances permettent d'avoir recours au toucher aussitôt le début de la péritonite, tandis que la tumeur qui se produit dans les autres inflammations de la séreuse pelvienne exige un temps plus long pour se manifester.

Le début brusque de la pelvi-péritonite hémorrhagique menstruelle est indiqué par l'apparition subite d'une douleur vive qui occupe une des fosses iliaques; j'ai dit subite, parce que je n'ai pu déterminer, faute de renseignements, si cette souffrance est précédée, comme dans les hémorrhagies traumatiques, de la sensation que produirait un liquide chaud qui se répandrait dans le ventre, et que j'ai pu constater l'absence de frisson initial dans les deux péritonites menstruelles qui se sont développées sous mes yeux. Dans l'une (1), il n'y eut de frisson à aucune des périodes de la maladie; dans l'autre (2), il se manifesta plusieurs heures seulement après la douleur intense qui, limitée d'abord à la partie inférieure de l'abdomen, s'irradia bientôt dans toute son étendue; ce qui semble faire croire qu'il faut un certain temps pour que l'affection, locale d'abord, donne lieu ensuite à une réaction générale.

L'extension de la douleur péritonéale, qui devient en même temps plus violente, amène des modifications dans le décubitus des patientes et dans l'état des parois de l'abdomen. Au début, les malades, agitées sans cesse, se retournent de mille manières pour chercher une position dans laquelle leur douleur soit supportable; plus tard, immobiles dans leur lit, elles évitent tout changement, qui a des retentissements cruels; tremblantes d'appréhension d'un examen, elles écartent la main qui s'approche des parois abdominales, dont le moindre contact est intolérable. Enfin, leur respiration s'accélère instinctivement, se fait uniquement par les mouvements des côtes pour éviter toute contraction du diaphragme, pénible par elle-même et surtout par les secousses qu'elle imprime aux organes revêtus par le péritoine enflammé. Mais les progrès de l'inflammation sont indiqués d'une manière encore bien plus tranchée par l'état des parois abdominales, qui semblent vouloir, par la contracture de chacune de leurs parties, opposer un plan résistant qui

(1) Obs. I, p. 9.
(2) Obs. XXVIII, p. 148.

protége toute la partie de la membrane enflammée contre les pressions extérieures. Ainsi on voit la tension, limitée d'abord à la partie inférieure, occuper ensuite une étendue plus grande, puis devenir générale, à mesure que la sensibilité morbide qui la précède progresse pour envahir enfin tout l'abdomen. Alors à cette rétraction du ventre succède son ballonnement, qui, lui aussi, devient de plus en plus considérable à mesure que l'inflammation augmente. Ce dernier phénomène n'a toutefois qu'un rapport éloigné avec la contraction des muscles abdominaux ; il est principalement produit par la sécrétion gazeuse des intestins, dont les anses distendues viennent se dessiner en bosselures irrégulières au travers des parois qu'elles refoulent devant elles.

Cette sécrétion gazeuse, ainsi que les nausées, les vomissements et la constipation qu'on observe dans les péritonites, résultent des troubles que la contiguïté de l'inflammation détermine dans les fonctions du tube digestif. La douleur, qui enchaîne les mouvements respiratoires du diaphragme, empêche de même les contractions des muscles intestinaux, dont chaque mouvement se communique à la tunique péritonéale enflammée. Cette inertie des intestins suspend le cours des matières qu'ils contiennent; dès lors les fèces ne sont plus rejetées au dehors, il survient un état morbide analogue à celui que produit un étranglement. La différence de nature de l'obstruction donne toutefois aux symptômes qui la caractérisent une gravité bien moindre que lorsqu'elle résulte d'un obstacle physique, parce que les contractions intestinales, possibles, peuvent encore, lorsqu'elles sont excitées, chasser les matières vers le rectum. Aussi les vomissements sont-ils formés seulement par les matières ingérées ou les liquides sécrétés par les premières voies, que l'estomac rejette pour rendre le plus complet possible le repos des parties souffrantes. Toutefois il faut reconnaître que l'état des malades est loin d'être amélioré par ces troubles morbides du tube digestif, mais ils sont bien moins pénibles que les accidents cholériformes qui exceptionnellement se présentent dans ces circonstances, et qui sont parfois tellement caractérisés, qu'ils simulent complétement les symptômes d'un choléra sporadique et peuvent alors donner lieu très facilement à une erreur de diagnostic.

Mais revenons à notre sujet. J'ai omis, dans l'énumération des symptômes, l'inappétence et la soif vive, pour les rapprocher des

modifications du pouls et de la température de la peau, qui, avec l'altération profonde du facies et la prostration des forces, indiquent la perturbation que la péritonite produit dans l'économie tout entière. Elle devient de plus en plus marquée à mesure que la péritonite s'aggrave, et diminue au contraire avec l'amendement de l'inflammation de la séreuse. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la réaction générale ne survient qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et que sa manifestation permet ainsi de préciser quand l'affection a cessé d'être locale et retentit sur toute la constitution. La considération des symptômes de chacun des trois groupes, qui, réunis, constituent le tableau morbide de la péritonite, rend ainsi possible d'apprécier chacun des éléments de la maladie. On peut, par l'examen de la sensibilité morbide et de la rétraction des parois abdominales, suivre les progrès de l'inflammation du péritoine pariétal; on peut estimer celle du péritoine viscéral par l'intensité des troubles du tube digestif; et enfin l'état général de la malade permet de juger l'atteinte plus ou moins profonde qu'a subie l'organisme tout entier.

Ces divers symptômes, plus ou moins distincts au début, se confondent bientôt pour constituer le cortége symptomatique habituel des péritonites plus ou moins générales. Mais elles doivent encore à leur origine, pour ainsi dire traumatique, qui avait imprimé à l'affection une marche moins rapide, de présenter un pronostic plus favorable que celui du plus grand nombre des autres inflammations de la séreuse abdominale, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Chomel (1). Une seule fois j'ai vu la maladie, après bien des douleurs cruelles, se terminer par la mort (2); mais il faut tenir compte que je n'ai jamais eu recours à la ponction des hématocèles, préconisée par Récamier d'abord (3), par M. Nélaton ensuite (4), et qui, je puis le dire sans crainte d'être contredit, est une opération funeste. Il faut aussi, pour apprécier le pronostic de la péritonite hémorrha-

(1) Chomel, *loc. cit.*, p. 578.

(2) Observation I.

(3) H. Bourdon, *Des tumeurs fluctuantes du bassin* (*Revue médicale*, juillet, août, septembre 1841, p. 59).

(4) Nélaton, *Leçons orales faites à l'hôpital Saint-Louis* (*Gazette des hôpitaux*, 8 février 1851, p. 61 et suiv.).

gique, tenir compte de l'état dans lequel se trouvait la malade que j'ai vue succomber, dont la constitution, lors du développement de l'inflammation de la séreuse, était profondément détériorée par une affection de longue durée, qui déjà, à une époque menstruelle antérieure, avait déterminé un épanchement sanguin intra-péritonéal, et ainsi une première péritonite qui persistait encore à l'état chronique. J'ai rappelé les diverses particularités aggravantes qui existaient dans cette observation et qu'on retrouve à peu près semblables dans les deux observations VII et XV (1), qui se sont terminées par la mort, sans qu'on ait eu recours à une opération pour obvier au vice de conformation congénital qui dans celles-ci était la cause de la rétention, parce que ces particularités devaient nécessairement rendre infiniment plus grave que dans les cas ordinaires le pronostic de la péritonite. On peut dire que, dans ces observations, l'inflammation de la séreuse est venue seulement mettre un terme néfaste à une vie depuis bien longtemps compromise par le défaut d'excrétion menstruelle. On doit également croire que l'époque généralement tardive à laquelle ont été faites, dans les imperforations congénitales, les opérations qui ont été immédiatement suivies du passage du sang dans l'abdomen, a dû rendre beaucoup plus dangereuse qu'elle ne l'est ordinairement la péritonite qui s'est développée dans ces circonstances, parce que ce retard à l'opération fait naître une foule de conditions qui doivent tendre à généraliser l'inflammation de la séreuse pelvienne. Cependant cette généralisation n'a pas toujours lieu : dans une des observations de de Haen (2), l'amendement assez rapide des symptômes graves, qui semblent indiquer qu'immédiatement après l'opération s'est développée une péritonite, permet de croire que dans ce fait, terminé par la guérison, l'inflammation de la séreuse pelvienne est restée partielle. J'ai dû énumérer toutes les circonstances qui ont pu rendre la péritonite hémorrhagique plus grave dans les observations que j'ai rassemblées qu'elle ne l'est habituellement, pour qu'on n'attribue point à cette affection, qui n'est qu'exceptionnellement mortelle, et seulement lorsqu'elle survient dans une rétention menstruelle de plusieurs mois de durée, un pronostic plus fâcheux

(1) Observ. VII, p. 57. — Obs. XV, p. 90.
(2) Obs. de de Haen, placée en note, p. 32.

que celui qu'elle doit avoir. Je n'ai pas besoin de dire que le relevé numérique des observations contenues dans ce travail, dans lequel j'ai dû, pour la démonstration de ce que je voulais établir, accumuler un grand nombre d'autopsies, et par compensation être très sobre d'observations terminées par la guérison, ne donnerait qu'un résultat complétement erroné, si l'on voulait par ces chiffres apprécier le pronostic de la péritonite hémorrhagique. Je dois même prévenir qu'un relevé qui comprendrait tous les faits excessivement nombreux qui ont été publiés ne serait guère moins erroné, non-seulement parce que le diagnostic d'un certain nombre de ces faits est plus que contestable, mais aussi parce que ceux même dont le diagnostic est fondé, symptomatiques de maladies différentes, ne sont pas comparables entre eux.

On peut d'autant moins souvent craindre une terminaison funeste dans la péritonite hémorrhagique, lorsque toutefois on n'a pas recours à une ponction intempestive, que dans le plus grand nombre des cas l'inflammation de la séreuse abdominale, au lieu d'occuper toute cette membrane, reste limitée à la partie qui tapisse la cavité pelvienne, et donne lieu alors à une scène morbide beaucoup moins grave que celle dont je viens de tracer le tableau. Lorsque l'inflammation reste limitée à la séreuse pelvienne, les symptômes que j'ai indiqués sont beaucoup moins marqués, quelques-uns, quelquefois même le plus grand nombre d'entre eux manquent, en particulier la sensibilité, la tension de la partie supérieure de l'abdomen et les vomissements ; ou s'ils existent, ils sont modérés et cessent au bout de peu de temps, lorsque survient un amendement qui se manifeste alors beaucoup plus tôt que lorsque la péritonite est généralisée. Dans celle-ci, qui a un bien autre retentissement sur toute l'économie qu'une péritonite partielle, on voit lorsqu'un amendement survient, en même temps que l'état général, qui était si grave au début, s'améliore, diminuer, puis disparaître les vomissements d'abord, ensuite la tension, et enfin la sensibilité excessive des parois abdominales. Mais, alors même que l'état fébrile a cessé ou n'est plus indiqué que par des exacerbations vespériennes, les malades sont encore en proie à des douleurs abdominales qui par instants se réveillent très vives, soit spontanément, soit par les contractions intestinales, les mouvements, mais surtout par la pression des fosses iliaques, et qui rendent encore difficiles l'exploration abdominale et le toucher,

qui, jusque-là, avaient été pour ainsi dire impossibles, à cause des souffrances excessives des malades.

Aussi n'est-ce guère qu'à cette période qu'on arrive, par la palpation abdominale et le toucher vaginal, lorsque toutefois il n'est pas rendu impossible par certaines dispositions, telles qu'une imperforation, une oblitération, un rétrécissement du vagin ou autre semblable, à constater l'ensemble des signes physiques auquel donne lieu la tumeur, le plus souvent rétro-utérine, produite par l'épanchement dans l'abdomen de la sécrétion menstruelle qui est venue par son poids s'accumuler dans le cul-de-sac utéro-rectal. En dehors de ces dispositions vicieuses du vagin qui s'observent dans différentes variétés de nos trois premières espèces, et en dehors de certains engorgements du col utérin qui modifient les déplacements que la tumeur sanguine imprime à l'utérus, les signes physiques de l'hématocèle, produit par le passage dans l'abdomen de la sécrétion menstruelle non excrétée, sont exactement les mêmes que ceux auxquels donnent lieu les épanchements hématiques intrapelviens symptomatiques d'une quelconque des affections assez nombreuses qui peuvent les déterminer. Cette circonstance me permettra de choisir pour la description que j'ai à tracer de ces tumeurs sanguines, qui manque dans mon premier travail, les deux observations *principes*, publiées par mon collègue et ami M. H. Bourdon (1), auquel revient incontestablement le mérite d'avoir formulé les signes physiques qui caractérisent les tumeurs sanguines, appelées aujourd'hui hématocèles, malgré la prétention sans fondement des élèves de M. Nélaton (2) d'attribuer à leur maître cette description. Aux deux observations, contenues dans le mémoire très remarquable de M. H. Bourdon sur les tumeurs fluctuantes du bassin, j'adjoindrai une observation que M. Denonvilliers a présentée à la Société de chirurgie (3) pour démontrer que les hématocèles ont pour siége le péritoine, comme je l'avais précisé, et non le tissu cellulaire, comme venait de l'indiquer M. Viguès (4), qui avait repris les errements professés par Récamier et par M. H. Bourdon, auquel nous devons de connaître les opinions de Récamier dont il a été l'interprète.

(1) H. Bourdon, *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin* (*Revue méd.*, 1841).
(2) Fenerly, *Thèse inaugurale*. Paris, 1854.
(3) Denonvilliers, *Société de chirurgie*, 4 juin 1851.
(4) Viguès, *Thèse inaugurale*. Paris, 1850.

OBSERVATION XXXIV (1). — *Kyste sanguin de l'excavation pelvienne. — Épaisseur considérable des parois. — Nécessité du double toucher recto-vaginal pour trouver la fluctuation. — Incision de la tumeur au travers des parois du vagin. — Guérison.*

Une couturière, âgée de vingt-quatre ans, bien réglée, ayant habituellement des flueurs blanches et souffrant souvent du bas-ventre, accoucha heureusement, il y a huit mois, de son deuxième enfant. Il y a un mois, elle fut prise tout à coup, et sans cause connue, de frissons, de fièvre et de vomissements, avec douleur et tension du bas ventre. Bientôt elle y sentit une tumeur; les souffrances allèrent en augmentant; il survint des frissons irréguliers, des sueurs nocturnes abondantes, et lorsqu'elle entra, le 1er août 1840, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 6 (service de M. Récamier), elle était dans l'état suivant : Grand accablement; visage exprimant la douleur, céphalalgie; langue blanche, bouche mauvaise, nausées, grande soif et constipation; pouls à 100, souple et médiocrement développé. On examine le ventre avec soin, et l'on trouve dans toute sa région inférieure, mais surtout à droite, s'étendant vers la fosse iliaque, une tumeur dure, du volume et de la forme de la tête d'un fœtus, très douloureuse à la pression, un peu mobile et glissant sur les parois abdominales.

Par le toucher vaginal et rectal on constate que cette tumeur descend dans l'excavation du petit bassin, jusque dans la paroi recto-vaginale, et qu'elle emboîte l'utérus en arrière et à droite en poussant cet organe à gauche; le museau de tanche, porté dans cette direction, est appliqué contre le pubis, et l'on a beaucoup de peine à sentir son côté droit avec le doigt.

Par le vagin ni par le rectum séparément, on ne peut reconnaître la fluctuation, mais on la perçoit d'une manière évidente en touchant par ces deux cavités à la fois.

Il n'y a rien de particulier du côté de l'excrétion des urines; mais la malade éprouve, vers la vulve, la sensation d'un corps qui tendrait à sortir. La douleur du ventre s'irradie vers les lombes et les cuisses, surtout vers la droite, qui est le siége de tiraillements et d'engourdissements. (Ipécacuanha, 1,20; limonade; catapl.; lavem.; inject. émoll.).

Le 3, M. Récamier pratique, au moyen d'un pharyngotome modifié pour cet usage, la ponction de la tumeur sur la paroi postérieure du vagin, entre deux colonnes verticales, point dans lequel la fluctuation paraît le plus manifeste. Il s'écoule à l'instant un flot abondant d'un liquide rougeâtre un peu visqueux et sans odeur. Alors on agrandit un peu la boutonnière, en haut et en bas, avec un bistouri boutonné. En incisant, on s'aperçoit que les parois

(1) Hipp. Bourdon, *loc. cit.*, p. 19.

de la tumeur sont épaisses, résistantes, comme fibro-cartilagineuses, ce que l'on reconnaît en introduisant le doigt dans la plaie. Il s'écoule environ un demi-litre de liquide, et la malade est immédiatement fort soulagée. (Bains ; inject. d'eau froide matin et soir dans le foyer.)

Les jours suivants, l'état général de la malade s'améliora, la douleur et les autres symptômes diminuèrent de plus en plus; mais le liquide prenant un peu d'odeur fétide, on comprima fortement le ventre de haut en bas avec un bandage de corps, et l'on recommanda de pousser la fin de l'injection très lentement, afin de laisser le plus d'eau possible dans la cavité; de plus on plaça, dans le même but, le bassin de la malade sur un plan beaucoup plus élevé que les lombes.

A dater de ce jour, l'écoulement perdit sa mauvaise odeur, et il n'entra plus d'air dans le kyste. Le liquide, après avoir conservé pendant plusieurs jours l'aspect qu'il avait lors de l'ouverture, prit de plus en plus l'apparence du pus. La tumeur du ventre diminua de jour en jour et perdit sa sensibilité; enfin les forces, l'appétit et le sommeil revenant, on espérait voir arriver promptement la guérison sans accidents. Cependant le 13 août, dix jours après l'opération, il survint de la fièvre et une douleur vive dans le ventre, du côté gauche. On prescrivit des bains prolongés, des cataplasmes; et le 15, le toucher vaginal fit reconnaître, à gauche de l'utérus, une tumeur dure, sensible, du volume d'un petit œuf de poule, qui repoussait cet organe à droite, tandis que le kyste ouvert, revenu sur lui-même, lui permettait de reprendre sa situation normale.

Pendant quelques jours on craignit de voir cet engorgement phlegmoneux se terminer par suppuration; mais au moyen des bains, des cataplasmes et d'un régime convenable, la résolution se fit promptement.

Le 21, la fièvre avait cessé; et à la place de la nouvelle tumeur on ne trouva plus qu'un peu d'empâtement et de sensibilité; le kyste était considérablement revenu sur lui-même; ses parois, très minces, avaient acquis de la souplesse, et la plaie résultant de l'incision avait de la tendance à se fermer; le museau de tanche avait repris sa position, et toutes les fonctions se faisaient bien.

On nourrit peu à peu la malade; et l'on continua pendant quelque temps les injections, qui empêchèrent les ouvertures de se fermer trop tôt. Quand il ne coula plus que quelques gouttes de pus visqueux, comme mêlé à la lymphe plastique, on les discontinua, et bientôt la plaie se cicatrisa complétement.

Enfin le 12 septembre, trente-neuf jours après l'opération, la malade sortit parfaitement bien portante, sans conserver la moindre fistule, et son kyste étant réduit à un petit noyau tout à fait insensible.

OBSERVATION XXXV (1). — *Tumeur sanguine développée entre le vagin et le rectum. — Incision par le vagin. — Guérison.*

Une femme de vingt-huit ans, ayant eu deux enfants à terme, bien portants, avec couches heureuses, fit une fausse couche de trois semaines, précédée, pendant huit jours, de vives douleurs, avec élancements au bas-ventre et dans les reins : cette fausse couche a été provoquée par un effort violent. Des bains, des cataplasmes calmaient momentanément les douleurs; mais enfin une perte a eu lieu; elle a duré six semaines, elle était formée de sang liquide et clair; cet écoulement persistait à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques jours. Du reste, elle n'avait pas discontinué ses occupations jusque vers dix jours avant son entrée, quoique ayant la fièvre, maigrissant et pâlissant d'une manière considérable. Elle ne tousse point; elle n'a jamais eu d'hémorrhoïdes; elle présente cette teinte jaunâtre de la peau qui indique une hémorrhagie abondante. Voici dans quel état elle se trouve à son entrée à l'hôpital :

Aspect général cachectique ; facies pâle, jaunâtre; peau participant à cet état, et disposée à s'infiltrer; toutes les fonctions sont dans un état de lenteur marquée. L'indicateur, introduit dans le vagin, rencontre une tumeur remplissant exactement le petit bassin, refoulant le rectum en arrière, et en avant le col de la matrice derrière l'arcade du pubis. En passant la main gauche sur l'abdomen, on sent que la tumeur remonte jusqu'à un pouce de l'ombilic, qu'elle occupe les deux fosses iliaques, qu'elle est mobile et fluctuante profondément. Le doigt constate une grande mobilité de la paroi vaginale qui recouvre la tumeur; au centre, la fluctuation est plus évidente. M. Récamier incise la tumeur avec un bistouri en rondache dont la lame est cachée, et qu'il découvre lorsque l'instrument est appliqué sur la tumeur. Une grande quantité de sang noir à demi coagulé forme sur-le-champ une espèce de ruisseau, qui est reçu dans un bassin placé à terre au pied du lit. L'incision a été faite perpendiculairement, afin d'éviter les artères utérines. Le doigt introduit dans l'incision pratiquée, M. Récamier s'assure que la tumeur est remplie par du sang caillé adhérent aux parois du kyste. A l'aide d'un bistouri boutonné, il agrandit l'ouverture que l'affaissement du kyste tend à rétrécir, et avec le doigt il broie les caillots restés dans la poche, et fait vider la tumeur à l'aide d'injections tièdes. M. Récamier a l'habitude de tenir les tumeurs analogues et celles qui contiennent du pus continuellement remplies d'eau pure. Ce moyen lui a paru très efficace pour en expulser l'air et s'opposer aux funestes effets de la résorption purulente et à l'espèce d'empoisonnement qui en résulte.

Depuis l'opération, diète sévère, bouillons froids. Trois fois par jour, in-

(1) H. Bourdon, *loc. cit.*, p. 81.

jections tièdes qui entraînent une matière rougeâtre, un peu purulente ; ventre souple, indolent ; peau chaude, pouls fréquent, etc.

Cette observation, publiée dans la *Lancette* de 1831, p. 93, n'a pas été terminée, mais M. H. Bourdon, qui a donné un extrait de cette observation, dit qu'il tient de M. Récamier lui-même que la malade s'est parfaitement rétablie.

OBSERVATION XXXVI (1). — *Rétention menstruelle. — Péritonite hémorrhagique. — Ouverture spontanée. — Large débridement de l'ouverture spontanée. — Mort.*

Une femme de vingt-neuf ans entre à l'hôpital Sainte-Marguerite, le 8 mars, dans le service de M. Marrotte. Dans les premiers jours de février, elle venait d'avoir ses règles d'une manière régulière, quand elle ressentit des coliques hypogastriques, vives, intermittentes, assez pénibles pour l'obliger à se coucher, et s'accompagnant de constipation. Ces phénomènes persistent tout le mois.

Le 5 mars suivant, ses menstrues, en retard de huit jours, paraissent et ne durent que deux jours, au lieu de six, durée ordinaire ; en même temps les coliques hypogastriques et la constipation persistent ; de plus, une rétention d'urine se manifeste ; la malade, effrayée de ce nouvel accident, entre à l'hôpital trois ou quatre jours après.

Le 30 mars, les règles reparaissent trois jours d'avance, coulent peu et ne durent que deux jours. Cette dernière époque est le point de départ d'une péritonite ; de plus, la tumeur abdominale que l'on avait constatée par l'hypogastre et par le vagin, lors de l'entrée de la malade dans le service, augmente notablement dans l'espace de quatre jours, de telle manière qu'elle s'élève davantage au-dessus du pubis, et qu'elle descend plus bas dans le vagin.

Les accidents de péritonite persistent jusqu'au 11 avril, époque où la malade rend par le rectum, et après de vives coliques, environ 500 grammes de sang noir, en grande partie coagulé et ressemblant à de la gelée de groseille ; les jours suivants, de nouvelles quantités de sang sont rendues par la même voie ; la diarrhée est presque continuelle ; la tumeur de l'hypogastre semble s'affaisser, celle du vagin reste au contraire tendue.

Vers le 10 mai, un écoulement mêlé de sang et de pus se fait par le vagin.

Appelé le 15 près de la malade, dit M. Denonvilliers, je trouvai à la partie supérieure du vagin une petite ouverture que j'agrandis largement en faisant communiquer la poche rectale avec la poche vaginale, mais il se déclara une infection purulente, et la mort eut lieu le 25.

A la dissection, la tumeur m'a paru située dans le péritoine, dans le cul-de-

(1) Denonvilliers, *Gazette des hôpitaux*, 14 juillet 1851.

sac utéro-rectal, d'où elle remontait jusqu'aux ligaments larges qui faisaient partie de la poche ; l'épanchement était limité en haut par la masse intestinale adhérente; les ovaires, assez volumineux, correspondaient par une de leurs faces à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles des ovaires.

Rien à noter dans les trompes, qui étaient plutôt rétrécies que dilatées.

Comme on peut le voir dans les diverses observations que j'ai rapportées, ou qui seront rapportées plus loin, la tumeur sanguine à laquelle donne lieu le passage de la sécrétion menstruelle dans l'abdomen est caractérisée : par l'instantanéité de son développement survenu à une époque cataméniale sans excrétion; par son indépendance de l'utérus qu'elle déplace par contiguïté immédiate ; par la variabilité de la sensation tactile perçue dans les divers examens que modifient les transformations successives du sang qu'elle contient ; enfin par l'intermittence mensuellement périodique de ses progrès, lorsque l'affection dont elle résulte, au lieu de s'amender, détermine de nouveaux épanchements qui viennent, chacun, augmenter le volume qu'elle offrait. Ces différents caractères, dont la réunion est indispensable pour établir le diagnostic du liquide qui forme l'épanchement, qui même réunis ne mettent pas à l'abri de toute erreur, exigent, pour être exactement déterminés, qu'on combine la palpation abdominale avec le toucher vaginal et rectal, suivant les préceptes qui ont été formulés par mon excellent ami M. H. Bourdon.

La main, appliquée sur la partie inférieure de l'abdomen, fait constater que la partie supérieure de la tumeur, qui émerge dans le ventre, d'un volume parfois assez considérable pour remonter jusqu'à l'ombilic, est indépendante des parois abdominales, qui glissent sur la surface assez lisse et unie de la tumeur, alors même que celle-ci est assez saillante pour les refouler devant elle et faire un relief appréciable à la vue. La limite supérieure de cette tumeur est assez tranchée, non-seulement à la palpation abdominale, mais à la percussion, qui donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, tandis qu'on sent inférieurement que celle-ci s'enfonce dans l'excavation pelvienne dont elle remplit le détroit supérieur. Rendu immobile ou presque immobile par l'enclavement de sa base, qui est accessible au doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum, le kyste sanguin

simple ou multiloculaire forme dans la cavité abdominale une tumeur d'une configuration irrégulière, qui varie suivant une foule de circonstances qui ont favorisé son développement, soit dans la région médiane, soit dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, et alors de préférence dans la droite, ou contribué à ce qu'elle soit composée de plusieurs lobes assez nettement appréciables. Cette dernière configuration, qui est indiquée dans ma première observation et dans une observation empruntée à M. Satis que je rapporterai quelques pages plus loin, est pour ainsi dire la configuration type des hématocèles par défaut d'excrétion. Elle a une certaine ressemblance avec celle d'un trèfle de cartes à jouer, ainsi qu'on peut le voir par la figure placée ci-dessous (fig. 1), qui, quoique grossière, donne cependant une idée assez exacte de ces tumeurs sanguines. Cette configuration résulte de l'existence dans chacune des fosses iliaques d'une tumeur convexe, parallèle au ligament de Fallope, d'un volume à peu près semblable ou au contraire inégal, à sommet obliquemment tourné en haut et en dehors qui dépasse souvent l'épine iliaque antérieure et supérieure, à une assez petite distance duquel il est placé. Entre ces deux tumeurs apparaît en avant le fond de l'utérus, dont elles sont toutes deux distinctes par un sillon de séparation assez tranchée, et qui forme entre elles comme un trait d'union par suite de la saillie de cet organe au-dessus du pubis contre lequel il est appliqué. En arrière de cet organe, les deux tumeurs latérales paraissent se confondre, ou sont réunies l'une à l'autre par une troisième bosselure, qui est tantôt vaguement perceptible, tantôt un peu mieux appréciable lorsqu'elle est de niveau, ou surplombe le fond de l'utérus, qu'elle vient parfois coiffer comme l'épididyme le fait pour le testicule.

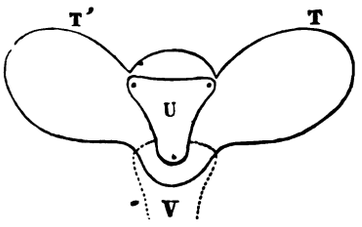


Fig. 1.

Lorsqu'un des lobes latéraux de la tumeur est d'un volume inégal; lorsque, par exemple, le droit, comme cela arrive le plus souvent, est le plus développé et présente un volume considérable, on trouve dans la fosse iliaque droite et la partie attenante de la région hypogastrique, en arrière de l'utérus, qui est déjeté à gauche

surtout du col, n'offre qu'un fort médiocre intérêt, et qu'on doit s'en dispenser, parce que ce n'est que très exceptionnellement qu'on constate la coloration bleuâtre, que d'ailleurs peut prendre dans toutes les variétés des hématocèles la muqueuse vaginale qui recouvre l'épanchement sanguin intrapéritonéal. L'épaisseur de la partie de cette tumeur placée au-dessous du col peut être déterminée en combinant le toucher vaginal et le toucher rectal, de manière à comprendre, entre l'index introduit dans le rectum et le pouce introduit dans le vagin, la cloison interposée entre ces deux organes qui est le siége de la tumeur. Le toucher rectal fait en même temps constater les déformations imprimées à cet organe, qui est aplati d'avant en arrière par la saillie que fait dans sa cavité la face postérieure de la tumeur, et qui parfois est un peu déjeté latéralement, lorsqu'elle est latéro-médiane. L'un et l'autre de ces deux touchers permettent enfin de reconnaître qu'au niveau du col utérin, la tumeur devient plus volumineuse, s'étale derrière l'utérus, pour n'avoir alors, semble-t-il, d'autres limites que l'enceinte osseuse, lorsque la tumeur médiane occupe les deux fosses iliaques, et avoir pour limite l'enceinte osseuse d'un côté et une induration mal définie de l'autre, lorsqu'elle est médio-latérale seulement. Ce défaut de délimitation de la base de la tumeur, qui paraît remplir l'excavation pelvienne et s'être moulée sur elle, pour ainsi dire, comme un métal en fusion prend la forme de la lingotière dans laquelle on le coule, est très important pour le diagnostic différentiel des hématocèles et des productions organiques, bénignes ou malignes, de l'utérus et de ses annexes.

Les différents signes fournis par le toucher, que je viens de mentionner, et qui établissent non-seulement l'existence, mais le siége, le volume et la configuration de la tumeur, sont beaucoup moins importants que ceux qui indiquent qu'elle contient un liquide et qu'elle est constituée par un épanchement sanguin intra-abdominal. Pour acquérir ces notions, il faut, non-seulement combiner le toucher vaginal avec la palpation abdominale, mais répéter plusieurs fois cette exploration, si l'on veut se mettre à l'abri d'une erreur; car le toucher pratiqué à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, préconisé par M. Nélaton (1), est une exploration infidèle, qui ne peut donner de notions qu'à ceux qui ont une assez grande habitude

(1) Fenerly, *Thèse inaugurale*, 1855, p. 13.

dans l'observation Ire, est situé plus bas qu'à l'ordinaire; dans les autres il est éloigné de l'orifice vulvaire, poussé contre la face postérieure des pubis, et alors, lorsque la tumeur est assez volumineuse pour descendre beaucoup plus bas que le col, il faut courber le doigt pour parvenir jusqu'à cet organe, reconnaître son orifice et déterminer sa direction, ce qui est indispensable pour interpréter les différentes sensations tactiles qu'on perçoit. Lorsque la tumeur est médiane, on trouve le col relevé, directement appliqué, aplati d'avant en arrière contre la face postérieure des pubis, tandis que, lorsqu'elle est latéro-médiane, le col, en même temps qu'il est éloigné de l'orifice vulvaire et poussé en avant, est déjeté latéralement du côté opposé à celui qu'occupe la tumeur, et présente une légère torsion sur son axe à laquelle est liée une faible inclinaison latérale. Ces différences n'empêchent point que, dans les uns comme dans les autres de ces cas, le col utérin ne reçoive directement les mouvements qui sont imprimés par l'abdomen au fond de l'utérus légèrement saillant au-dessus du pubis, tandis que les pressions exercées sur les parties de la tumeur sanguine elle-même, proéminentes dans la cavité abdominale, ne se communiquent point, ou ne se communiquent qu'indirectement au doigt appliqué sur le col utérin.

En arrière de cet organe, on trouve un sillon de séparation qui établit une délimitation assez tranchée entre le col et la tumeur qui lui est postérieurement contiguë, et qui tantôt remplit seulement le cul-de-sac vaginal sans descendre sensiblement au-dessous, tantôt au contraire s'avance inférieurement dans la cloison recto-vaginale jusqu'à l'union du tiers supérieur au tiers moyen de la paroi postérieure du vagin, quelquefois même un peu plus bas. Dans ces derniers cas la tumeur sanguine, recouverte par la paroi postérieure du vagin qu'elle refoule en avant, se dessine au-dessous et en arrière du col utérin en une bosselure qui présente assez souvent la forme et le volume de la grosse extrémité d'un œuf de poule, et qui est facilement appréciable au toucher et à la vue, non-seulement à l'aide du spéculum, mais parfois même en dilatant simplement l'orifice vulvo-vaginal avec les deux index placés l'un en avant, l'autre en arrière, et qu'on écarte l'un de l'autre. Mais je dois dire que l'inspection de la tumeur, excepté lorsqu'il est nécessaire de s'assurer s'il n'existe pas une oblitération ou un rétrécissement, soit du vagin, soit

Les douleurs, loin de se calmer, allèrent en augmentant, et la malade se décida à entrer dans le service, hier, huitième jour après l'apparition de ces douleurs.

Il existe une tumeur abdominale, et si elle ne date que de huit jours, notre diagnostic va se trouver tout d'abord assez restreint; nous n'aurons à hésiter qu'entre une hématocèle rétro-utérine ou un phlegmon péri-utérin.

Étudions maintenant les éléments qui nous seront fournis par l'exploration directe. Par le toucher, on constate que le col de l'utérus est déplacé, symptôme que l'on observe toutes les fois qu'il existe une tumeur située derrière l'utérus : cet organe, comme on le comprend, est porté en avant, et rapproché plus ou moins de la symphyse pubienne, quelquefois même aplati sur le plan résistant formé par cette partie de la ceinture pelvienne. A droite et à gauche du col, on ne trouve rien; mais en arrière, il existe une tumeur qui descend très bas derrière la paroi postérieure du vagin, entre ce canal et le rectum; le toucher permet de constater que cette tumeur descend à 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin au col de l'utérus. La consistance de cette tumeur est celle des tumeurs sanguines; elle offre une mollesse particulière; elle est souple, modérément tendue.

En étudiant par le palper la disposition de la région hypogastrique, on trouve une tumeur située, non pas sur la ligne médiane, mais inclinée à gauche; au milieu, on trouve en avant de la tumeur un corps dur, arrondi, nettement limité: c'est le fond de l'utérus qui est poussé en haut et en avant; on peut constater que c'est bien l'utérus lorsqu'on pratique le toucher vaginal concurremment avec le palper hypogastrique. La tumeur elle-même peut être, dans une certaine étendue, mobilisée à droite et à gauche, sans que les mouvements qu'on lui imprime retentissent au col utérin; c'est la même tumeur qu'on sent derrière l'utérus, à la région hypogastrique, et, par le toucher vaginal, derrière la paroi postérieure du vagin.

Cherchons maintenant à déterminer exactement quelle est la nature de cette tumeur. Est-ce un phlegmon péri-utérin? Dans un travail récent (*Archives générales de médecine*, février 1856), M. Bernutz attribue le développement des phlegmons péri-utérins à des péritonites partielles, à des inflammations très limitées, circonscrites, du péritoine; suivant cet auteur, le phlegmon péri-utérin lui-même n'existerait pas : il dit avoir disséqué et examiné anatomiquement deux cas diagnostiqués pendant la vie de phlegmons péri-utérins et qui n'étaient autre chose que des péritonites partielles, circonscrites.

M. Nélaton ne pense pas que ce soit un cas de ce genre qui se présente à nous. Dans ces cas-là, on observe une autre marche que celle qui nous est signalée par la malade pour la tumeur qui se présente à nous : on voit survenir des douleurs sourdes, de la difficulté dans la marche; il se manifeste de

l'engorgement, puis la tumeur se développe ; mais tout cela se produit assez lentement, mais pas en huit jours, comme notre malade nous l'indique. Ici, au contraire, le début a été brusque; les douleurs se sont produites tout d'abord très aiguës, intolérables; c'est ce que l'on rencontre plutôt dans les cas d'hématocèle rétro-utérine.

Ces tumeurs sanguines se forment dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin; elles consistent en une accumulation de sang qui est fourni par l'ovaire... Quel traitement doit-on prescrire à cette malade? Pour le moment, il n'y a rien à faire. Depuis son entrée dans le service, elle a gardé le repos au lit ; les douleurs ont déjà très notablement diminué; elles peuvent même disparaître complétement. Les femmes ont toujours une certaine tendance à prendre des bains pour soulager leurs douleurs, mais cela augmente le mal plutôt que cela ne le diminue. On peut espérer que cette femme guérira, à moins qu'une nouvelle quantité de sang ne soit épanchée au moment de la prochaine époque menstruelle.

Il est une autre terminaison, mais il n'est pas probable qu'elle se produise chez notre malade : un caillot se forme dans le cul-de-sac péritonéal; la membrane séreuse s'enflamme autour de ce caillot, et il se forme un épanchement de sérosité qui s'accroît graduellement et qu'il est souvent nécessaire d'évacuer ensuite par une ponction, à cause des douleurs qu'il détermine.

13 mars. — Pendant les premiers jours que cette malade séjourna dans le service, les douleurs diminuèrent graduellement; mais, depuis quatre jours, elles ont repris avec une certaine intensité. La tumeur paraît augmenter de volume; autant qu'on peut en juger, cela porte surtout sur la partie inférieure.

Aujourd'hui les symptômes sont bien tranchés : l'utérus est porté fortement en avant et en haut contre la symphyse pubienne; le col utérin est aplati ; il y a de la difficulté dans l'émission de l'urine, à cause de la compression exercée par la tumeur sur le col de la vessie. Quelquefois il se manifeste des besoins d'expulsion, comme ceux qu'on observe au moment de l'accouchement. Lorsque la malade fait ces efforts d'expulsion, on voit la partie supérieure du vagin descendre dans ce canal, et venir apparaître à la vulve. Ce symptôme ne s'observe que très rarement.

Cependant il est un signe qui a une grande importance, et qu'on ne constate pas ici : c'est la coloration bleuâtre de la muqueuse vaginale, à la partie supérieure de la paroi postérieure, dans le point qui correspond à la tumeur. Ce signe peut manquer dans un certain nombre de cas, ce qui tient à une épaisseur plus grande des parois vaginales.

M. Nélaton préfère temporiser le plus possible et ne ponctionner ces tumeurs qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire lorsque les douleurs sont excessives, ou quand on craint que la distension considérable de la tumeur n'amène

sa rupture dans le péritoine ou dans le rectum; car, dans ce dernier cas, les gaz et les matières fécales peuvent s'introduire ou s'infiltrer dans la tumeur. La malade patiente encore quelques jours.

Lundi, 16 mars. — Les douleurs étant devenues extrêmement vives, M. Nélaton pratique une ponction à la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin; il sort une grande quantité de pus, et la malade se trouve soulagée immédiatement.

Le mardi 17, l'amélioration continue; la malade sortit guérie de l'hôpital des Cliniques.

Je n'ajouterai à cette observation qu'une seule réflexion, c'est que l'histoire de cette malade était trop incomplète pour baser le diagnostic différentiel que M. Nélaton a aventuré dans cette circonstance, et qui n'avait aucun fondement, ainsi qu'on peut en juger en se reportant au mémoire qu'il cite et dont on trouvera plus loin une seconde édition plus complète que la première. J'ai choisi cette observation, entre tant d'autres de même espèce, pour montrer que l'examen chirurgical de la tumeur ne peut suffire pour mettre à l'abri d'une erreur, si habile que soit celui qui, pour établir son diagnostic, se contente de la constatation des signes physiques qu'elle présente. On y est surtout exposé lorsqu'on ne trouve pas des différences très sensibles dans chacune des explorations auxquelles on doit nécessairement, avant de formuler un jugement, soumettre toute malade qui ne fournit pas des renseignements circonstanciés sur la marche de son affection.

Un des caractères les plus importants, en effet, des tumeurs hématiques en général et de l'hématocèle plus que de toute autre, c'est de présenter surtout dans leurs premières périodes une succession de modifications qui se révèlent par des sensations différentes perçues par le toucher. Immédiatement ou presque immédiatement arrivée au plus grand volume qu'elle aura pendant le premier mois, l'hématocèle offre à ce moment une fluctuation plus manifeste que celle qu'elle présentera ensuite. Quelques jours après, un peu moins volumineuse, elle offre une consistance pâteuse plutôt que la fluctuation qui existait au début; plus tard on trouve de la fluctuation dans certains points et des sortes de noyaux dans d'autres, lorsque se fait la séparation du caillot en deux parties distinctes, l'une solide, l'autre séreuse, qui était si manifeste dans l'autopsie de notre première observation.

Mais ce n'est pas ordinairement dans le premier mois de la rétention qu'a lieu la séparation de l'épanchement sanguin en deux parties; ordinairement la tumeur reste pâteuse jusqu'au retour de l'époque menstruelle subséquente, qui imprimera à la tumeur des modifications différentes, suivant que la rétention cessera, ou au contraire persistera et amènera ou non un nouvel épanchement intrapéritonéal. Du reste quelque doive être la marche ultérieure, on voit dans les jours qui précèdent l'époque menstruelle, la tumeur redevenir le siége de douleurs calmées depuis longtemps, et offrir une tension qu'elle n'avait plus. Cette acuité momentanée, très importante à saisir, parce qu'elle est l'indication du moment le plus opportun pour agir, est, en général, le prélude de changements, dont la tumeur va devenir le siége au moment où la sécrétion s'effectuera, et qui seront différents, suivant que l'excrétion pourra avoir lieu facilement, ou au contraire restera impossible. Dans le premier cas, on voit, avec la production de l'écoulement, se calmer les douleurs, qui depuis quelques jours avaient reparu dans la tumeur; puis celle-ci être le siége d'une résorption, qui devient parfois assez rapide à la fin de l'époque cataméniale pour qu'on puisse apprécier, d'un jour à l'autre, la diminution de volume, qui se fait remarquer d'abord dans la partie qui proémine dans l'abdomen et ensuite dans la partie qui plonge dans l'excavation pelvienne. En même temps que survient cette diminution graduelle de la tumeur, on observe les changements de consistance que j'ai indiqués, mais qui se produisent alors beaucoup plus rapidement que dans le mois précédent; la fluctuation, qui était redevenue évidente, s'obscurcit d'un examen à l'autre, puis cesse pour être remplacée par une induration parfois très peu considérable, bien que cependant le liquide que contenait la tumeur ne se soit, dans cette circonstance, frayé aucune issue au dehors. Mais si rapides que soient ces changements, qui pourront amener d'un jour à l'autre une diminution de hauteur de plus d'un centimètre, cependant pour être aussi complets que je viens de l'indiquer, ils exigent, en général, un mois pendant lequel les malades devront garder un repos presque absolu. On ne peut compter avec quelque certitude sur une convalescence définitive que lorsqu'à l'époque menstruelle suivante, les règles se seront produites normalement et auront alors amené la résolution du travail inflammatoire, qui laissera comme stigmate de

son existence une induration du cul-de-sac péritonéal utéro-rectal appréciable pendant un temps plus ou moins long.

Lorsque l'époque cataméniale se passe sans que l'excrétion puisse se produire, la tumeur, au lieu de diminuer, prend un accroissement, qui est tantôt peu marqué, lorsqu'il n'y a pas de nouveau passage de la sécrétion menstruelle dans l'abdomen, tantôt au contraire, quand se produit un nouvel épanchement intrapéritonéal, est considérable, brusque, instantané et accompagné des accidents qui ont eu lieu le mois précédent ou à une époque menstruelle plus ou moins éloignée. On voit se reproduire alors la même scène morbide ou une scène morbide plus grave qu'au début de l'hématocèle, et qui offre un cachet tout particulier; aussi ai-je cru devoir rapporter comme exemple l'observation suivante, dans laquelle l'instantanéité de l'accroissement de la tumeur, survenu pendant le séjour de la maladie à l'hôpital, a été parfaitement caractérisée.

OBSERVATION XXXVIII (1). — *Suppression brusque des règles. — Premiers accidents. — Deux ans après, accidents semblables. — Nouveau trouble de la menstruation, nouveaux accidents. — Trois mois après le début de ceux-ci, entrée de la malade à l'hôpital, où l'on constate l'existence d'une hématocèle. — Trois mois et demi après l'entrée de la malade, nouvel épanchement sanguin intrapéritonéal. — Évacuation sanguine spontanée par le vagin et par le rectum. — Guérison.*

Au n° 10 de la salle de la Clinique, est couchée la nommée S..., âgée de quarante-trois ans, lingère. Cette malade est d'une constitution délicate, d'un tempérament sanguin. Jusqu'à l'âge de treize ans, elle a joui d'une bonne santé; réglée à treize ans, ses règles revenaient régulièrement; à l'âge de quatorze ans, elle a été prise d'une hémoptysie très abondante. Elle fut traitée sans succès par les saignées générales, les réfrigérants, etc.; malgré ce traitement, l'hémoptysie persista, plus ou moins abondante. On lui pratiqua, dans l'espace de quatre ans, plus de soixante-cinq saignées, dont elle porte encore les cicatrices. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu jusqu'à quinze enfants. Ses couches n'ont rien présenté de particulier, et sa santé continuait d'être assez bonne, lorsqu'en 1849 elle éprouva des douleurs du bas-ventre causées par la suppression brusque de ses règles. Elle entre, au commencement de 1851, à l'hôpital Saint-Louis pour les mêmes douleurs; là M. Nélaton constata

(1) Fenerly, *Thèse inaugurale*. Paris, 1855, p. 53.

une tumeur dans l'abdomen. La malade fut traitée par le repos, les antiphlogistiques, les vésicatoires volants et les bains; elle y resta six mois. Au bout de ce temps, notablement soulagée, mais conservant encore sa tumeur, elle sortit de l'hôpital.

Depuis ce temps, elle se portait assez bien, mais elle éprouvait de temps en temps quelques douleurs sourdes à l'hypogastre et quelques irrégularités dans la menstruation. Elle a eu deux fausses couches, dont la seconde, le 2 décembre 1851, était de deux enfants. Aucun accident remarquable n'a suivi ces fausses couches, seulement, après la seconde, elle éprouva une perte abondante; mais trois semaines après, elle était sur pied.

Vers le mois d'octobre 1853, la malade éprouva des douleurs vives à la fosse iliaque gauche et profondément dans le bassin; elle compare ces douleurs à celles qu'elle a éprouvées avant son entrée à Saint-Louis. Son ventre était volumineux, tendu; la pression était douloureuse; la défécation, et surtout la miction, étaient gênées; on a été obligé de sonder la malade. Au bout de quelques jours, ces accidents diminuèrent; mais vers la fin de décembre, ayant l'air de reparaître, la malade entra à l'hôpital de la Clinique, le 25 décembre 1853.

Le 2 janvier 1854, la malade présente l'état suivant : Embonpoint médiocre; face pâle, bouffie, portant l'empreinte d'une souffrance vive; lèvres décolorées; yeux un peu cernés; langue blanchâtre, un peu sale. Appétit nul, soif médiocre; nausées et vomissements de matières verdâtres, constipation depuis trois jours. Pouls médiocrement fréquent, 80, 90; peau chaude, sèche; respiration courte et anxieuse; point de toux ni d'expectoration. Envies fréquentes d'uriner et miction difficile; urine rouge, chargée, peu abondante. Intelligence bien conservée; mémoire très précise. Menstruation troublée depuis quatre ou cinq mois et remplacée par des pertes. Abdomen d'un volume presque normal supérieurement, tendu en bas. La pression est douloureuse, surtout à gauche, où, par le palper abdominal, on constate une tumeur qui occupe toute la partie latérale gauche du bassin; par le palper, elle donne la sensation d'une masse lisse, tendue, arrondie, remontant de 4 à 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale; plongeant inférieurement dans l'excavation pelvienne. A travers les parois abdominales, la fluctuation n'est pas très manifeste; mais par le toucher on constate la matrice plus bas qu'à l'état normal, son col dévié un peu en arrière et son corps porté en avant et un peu à droite; on sent manifestement la fluctuation d'une tumeur siégeant à la partie supérieure du vagin, dans le cul-de-sac postérieur qui est en partie effacé, et un peu à gauche du col. Si, en même temps qu'on touche la tumeur par le vagin, on applique la main gauche sur les parois abdominales, au niveau de la tumeur, on sent nettement les mouvements qu'on imprime à la tumeur avec le doigt introduit dans le vagin; ces mouvements sont très restreints. Le toucher simultané par le vagin et le rectum

fait constater la présence d'une tumeur entre les parois du vagin et la face antérieure du rectum; par ce moyen, on perçoit aussi facilement la fluctuation. Par le toucher, on a pu constater la présence, sur la partie la plus saillante de la tumeur, d'une artère du volume d'une plume de corbeau.

15 janvier. — Tous les phénomènes que nous avons mentionnés persistèrent plusieurs jours; mais depuis quatre jours, les douleurs perdirent de leur violence, les vomissements cessèrent; la pression du ventre est encore très douloureuse, surtout à gauche, au niveau de la tumeur; la fièvre a cessé.

Le 17. — Une perte abondante apparut brusquement hier; la malade rendit par le vagin des caillots d'un sang noir, visqueux, filant, qu'elle compare à du raisiné.

Le 27. — La perte dura huit jours. L'examen local nous fit constater que la tumeur avait diminué dès l'apparition de l'écoulement sanguin par le vagin; l'inspection très attentive de cet organe n'a permis de voir aucun orifice.

4 février. — L'écoulement sanguin s'est arrêté depuis huit jours; les accidents généraux ont complétement disparu, et la malade, très affaiblie, commence à reprendre des forces.

Mars. — Un mois s'est écoulé, la malade n'éprouve aucun accident; tout a cessé. Elle se promène dans les salles; elle se sent assez bien; ses forces reviennent. Elle éprouve un peu de gêne et de pesanteur vers le périnée; elle mange bien sa portion. La défécation était un peu difficile et douloureuse; il y a un peu de constipation; la miction est facile. La tumeur, considérablement diminuée, persiste encore, mais on espère qu'elle ne tardera pas à être complétement résorbée.

15 avril. — Ce matin, au moment de la visite, la malade fut prise de frissons violents qui durèrent deux heures, les dents claquaient; elle a eu des nausées et des vomissements, d'abord d'aliments, puis de matières vertes porracées. Dans la journée la fièvre s'est allumée; le pouls était fréquent (100 à 108), la peau sèche, la face rouge, les lèvres sèches; la langue sale, pâteuse; les urines rares et chargées; point de selles. Le soir, insomnie et agitation. (Sangsues, 20; catapl. laud.)

Le 16. — Ventre tuméfié, tendu, douloureux; les vomissements continuent. La tumeur qu'elle avait dans le ventre, et qui était en voie de résolution, a augmenté manifestement; le vagin est tendu, chaud, très douloureux, et, malgré la constipation, on y fait des injections laudanisées. (Limon., Seltz; catapl. laud.; diète.)

Le 19. — Les accidents de la péritonite commencent à diminuer; les vomissements ont cessé, les douleurs sont moins vives, la tension du ventre moins considérable. La tumeur du ventre est assez tendue, volumineuse, fluctuante, et semble rester stationnaire.

Le 23. — Dans la journée d'hier, la malade a rendu tout à coup par le vagin une quantité assez considérable de sang liquide, noir, filant, et aujourd'hui

nous constatons encore la diminution de la tumeur. Les accidents généraux n'existent plus, la tension et la douleur du vagin ont disparu ; la constipation a fait place à une diarrhée abondante. L'écoulement sanguin continue aujourd'hui.

Le 30. — L'écoulement dure depuis huit jours ; il devient moins abondant, mais présente toujours le même aspect. En même temps la malade a remarqué qu'elle rendait depuis trois jours, par les selles (elle a trois ou quatre selles liquides par jour), qui sont de couleur foncée, des morceaux de viande noire, qui ne sont que des caillots de sang. La diarrhée, malgré les lavements laudanisés et au nitrate d'argent, etc., persiste et semble affaiblir la malade, qui a de l'appétit, mange bien sa portion et commence à se lever.

L'état de la malade s'améliore de jour en jour, et elle sort le 30 mai, dans un état de santé satisfaisant. Sa tumeur, considérablement diminuée, semble être en voie d'absorption.

J'ai vu cette malade depuis sa sortie de l'hôpital. Elle a encore éprouvé de temps en temps des douleurs vagues aux reins, qui augmentaient par la marche, les mouvements brusques et les efforts ; elle avait aussi un peu de pesanteur vers le rectum, et ses digestions étaient un peu difficiles. Pendant vingt et un jours elle a continué de voir du sang noir, visqueux ; mais après ce temps, tout a disparu à peu près ; elle a pris de l'embonpoint. Sa tumeur continue à diminuer. La malade voit ses règles régulièrement et comme avant le début de l'affection.

Je n'ajouterai à cette observation, que l'absence d'antécédents suffisamment circonstanciés empêche de rapporter avec certitude aux rétentions menstruelles, que quelques réflexions destinées à montrer les analogies nombreuses qu'elle présente avec la première observation de ce mémoire. Comme dans celle-ci, on voit chez une femme qui a eu de nombreuses grossesses, et qui semble avoir déjà présenté antérieurement une hématocèle, survenir des troubles de la menstruation, et à la suite de ces troubles, que malheureusement l'observation ne permet pas de déterminer, se produire une nouvelle hémorrhagie intrapéritonéale, pour laquelle la malade entre à l'hôpital quelque temps après le début non précisé de cette affection. Comme dans la première observation, on voit les accidents s'amender et la tumeur hématique diminuer avec l'expulsion par la vulve de caillots sanguins altérés, semblant bien évidemment, d'après les détails rapportés, provenir de la cavité utérine, expulsion qui a eu lieu à une époque que la fin de l'observation montre exactement correspondante aux périodes menstruelles. Comme dans l'observation Ire, cette

expulsion de caillots altérés, suivie d'un écoulement sanguin d'assez longue durée, mais non précisée, amène une convalescence trompeuse assez longtemps persistante, parce qu'à l'époque cataméniale suivante, il y a absence de sécrétion menstruelle.

Puis tout à coup, comme dans l'observation Ire, à une date exactement correspondante à celle où a lieu, soixante jours auparavant, l'expulsion des caillots sanguins altérés, survient, au lieu de la menstruation qui devrait se produire, une augmentation brusque, instantanée, de la tumeur hématique, et le développement d'une péritonite, qui est moins grave dans cette observation que dans l'observation Ire, où l'inflammation de la séreuse a été généralisée et a entraîné la mort. J'ai rapproché ces deux observations l'une de l'autre, pour que ces deux exemples de péritonite hémorrhagique menstruelle redux, dont l'une était la plus grave possible, et dont l'autre, d'intensité moyenne, a commencé à s'amender à partir du quatrième jour, et a été suivie d'une convalescence rapide par suite de l'évacuation du sang retenu, qui s'est produite par le vagin le huitième jour et par le rectum le dixième, puissent tenir lieu d'une description, qui serait à peu près la même que celle que j'ai tracée quelques pages plus haut.

Ces péritonites hémorrhagiques par épanchement intra-abdominal redux ne se présentent ordinairement, comme je l'ai dit, qu'assez longtemps après la première migration cataméniale dans le péritoine, tantôt parce qu'aux époques menstruelles qui suivent la péritonite, il y a, comme dans les deux observations que je viens de rapprocher, une solution incomplète de la rétention, tantôt parce que la sécrétion, troublée par la perturbation profonde qu'a tout récemment subie l'organisme, n'a pas lieu ou est très peu abondante. Dans le premier de ces cas, c'est-à-dire lorsque non-seulement la sécrétion, mais même le molimen qui la précède, font défaut, l'époque cataméniale n'est indiquée par aucune recrudescence, jusqu'au jour plus ou moins éloigné où le rétablissement de la fonction viendra, par l'incitabilité qu'elle détermine dans la tumeur, exercer une influence favorable, ou au contraire défavorable, suivant que l'excrétion du produit sécrété pourra ou non s'effectuer facilement. Dans le second cas, on voit l'acuité momentanée imprimée par le molimen menstruel s'accroître pendant le temps où l'écoulement des règles devrait avoir lieu, en raison directe de l'activité fonction-

nelle, et par cela même déterminer une marche différente de l'affection, qui tantôt prendra une forme chronique, tantôt amènera une terminaison heureuse ou funeste. Ainsi, lorsque la sécrétion reste peu abondante, on voit, après chacune des recrudescences périodiques peu marquées que détermine son retour, la tumeur perdre la sensibilité dont elle était redevenue momentanément le siége, son volume diminuer, et alors recommencer la résorption du liquide qu'elle contient, qui continue lentement jusqu'à l'époque cataméniale suivante. Celle-ci ramène des accidents semblables qui, plus marqués chaque fois, peuvent cependant se prolonger sous cette forme chronique pendant un temps assez long, ainsi que semble l'indiquer l'observation suivante publiée par M. le professeur Velpeau.

Observation XXXIX (1). —*Troubles de la menstruation. — Accidents pendant dix-huit mois. — Tumeur hématique intrapelvienne diagnostiquée avant la ponction de la tumeur. — Injections iodées. — Guérison.*

Une jeune dame, mariée depuis deux ans, impressionnable, nerveuse au dernier degré, un peu lymphatique, avait cessé d'être exactement réglée peu de temps après son mariage; bientôt des douleurs vives s'étaient établies dans le bassin et tout le côté droit du bas-ventre. La santé générale se détériora à tel point, que cette dame, d'ailleurs douée d'un moral excellent et de beaucoup de courage, fut obligée de s'aliter complétement. Divers médecins de son pays furent consultés. Pendant dix-huit mois des traitements aussi nombreux que variés furent essayés sans succès. La famille de la malade, désespérée, voyant d'ailleurs que les médecins appelés variaient d'opinion ou plutôt n'avaient pas d'opinion bien arrêtée sur la nature de l'affection, prit le parti de l'amener à Paris. L'ayant examinée conjointement avec mon honorable collègue M. Andral et M. le docteur Faivre, je crus pouvoir diagnostiquer une collection de liquide brunâtre, couleur chocolat, derrière l'utérus, collection qui remontait vers la fosse iliaque droite.

Je conseillai en conséquence de ponctionner la tumeur par le vagin, et d'injecter par là une certaine quantité de liquide iodé, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle. Je procédai huit à dix jours plus tard à l'opération; un verre et demi environ de liquide rouge brunâtre, évidemment hématique, mais très fluide, sortit par la canule; je poussai dans la cavité d'abord de l'eau tiède

(1) Velpeau, *Recherches anatomiques, etc., sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*. Paris, 1843, t. VII, p. 430.

de lavage, puis de la teinture d'iode très étendue d'eau. L'opération, qui eut d'abord les suites les plus simples, se compliqua, au bout d'une douzaine de jours, d'accidents nouveaux qui m'inspirèrent quelques inquiétudes. Ces accidents, qui se sont reproduits à des degrés variables depuis, nous ont toujours paru étrangers à la tumeur injectée. Toujours est-il que cette tumeur n'a point reparu, qu'elle est complétement oblitérée, et que madame J... ne s'en ressent plus aujourd'hui.

J'ai rapporté cette observation, malgré les très nombreuses lacunes qu'elle présente, parce que les détails qu'elle contient, si peu précis qu'ils soient, établissent cependant la longue durée des accidents auxquels cette malade a été en proie, et mettent hors de doute, dans ce cas, la persistance infiniment prolongée de l'hématocèle, qui est un fait assez rare. J'ai choisi cet exemple plutôt que tout autre à cause de la date de sa publication immédiatement postérieure à celle du mémoire de M. H. Bourdon (1), qui prouve incontestablement que M. le professeur Velpeau (2), longtemps avant la prétendue découverte des hématocèles pompeusement fixée en 1849 (3), était arrivé à poser pendant la vie, et avant la ponction, le diagnostic des tumeurs sanguines intrapelviennes, et à formuler le traitement qui lui paraissait le plus opportun dans ces circonstances.

Mais le plus souvent ces tumeurs ne restent pas ainsi stationnaires; l'incitabilité provoquée par le retour de la fonction menstruelle détermine un travail inflammatoire qui, lorsqu'il reste modéré, donne lieu à une ulcération très limitée des parois de la partie inférieure de la tumeur et détermine l'issue du sang. Cette évacuation spontanée peut avoir lieu par le rectum et par le vagin simultanément, comme dans les deux observations XXXVI (4) et XXXVIII (5), ou par un de ces deux organes seulement, comme dans l'observation suivante, qui offre ceci de particulier, que l'ouverture de la tumeur paraît avoir été dans ce cas presque uniquement produite par l'irritation que le sang déterminait, comme l'eût fait un corps étranger, et avoir eu lieu en dehors d'une époque menstruelle.

---

(1) H. Bourdon, *loc. cit.*, 1841.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, 1843.
(3) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 220. Paris, 1859.
(4) Page 203.
(5) Page 214.

Observation XL (1). — *Suppression des règles. — Depuis lors accidents qui augmentent, surtout quatre mois après leur début. — Au sixième mois, entrée de la malade à l'hôpital, où l'on constate l'existence d'une hématocèle. — Au neuvième mois, ouverture spontanée de la tumeur dans le vagin. — Diminution rapide de la tumeur. — Guérison.*

Au n° 1 de la salle de la Clinique est couchée la nommée Louise, âgée de vingt-huit ans, brodeuse, malade depuis le mois de janvier, entrée dans le service le 8 février 1854. C'est une femme brune, au visage coloré, d'un tempérament sanguin, et jouissant d'une assez bonne santé. Elle fut réglée à quinze ans; l'apparition des règles était ordinairement assez régulière, et durait quatre à cinq jours. Elle a été enceinte à l'âge de dix-huit ans, et elle accoucha sans aucun accident. Depuis cette époque elle se portait assez bien; elle n'a fait aucune maladie, mais ses règles s'accompagnaient de douleurs, et se dérangeaient de temps à autre sans cause connue. Ce mois d'août dernier, ses règles ne parurent pas au moment où elle les attendait. Elle ne savait à quoi attribuer cette suppression. En même temps elle éprouvait des douleurs vagues d'abord, puis assez vives à la région abdominale; ces douleurs se propageaient du côté des lombes; la marche était pénible; elle n'avait pas d'appétit, mais les digestions se faisaient bien, ainsi que toutes les autres fonctions. A partir donc du mois d'août jusqu'à présent, elle n'a pas eu ses règles. Le mois de décembre dernier, la miction était accompagnée de picotements, de ténesme, d'ardeur vers le méat urinaire, et la défécation devenait pénible. Quelques jours après, elle fut tout étonnée de voir que ses urines étaient fortement colorées par du sang, et cette hématurie a duré près d'un mois. Il n'y a point d'illusion à cet égard, le fait a été observé par son médecin, et l'on ne peut pas supposer que ce sont ses règles qui avaient accidentellement coloré les urines. Les douleurs ont augmenté depuis cette époque, et à l'hématurie succéda une perte assez abondante qui engagea la malade d'entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée (8 février 1854), la perte durait encore. M. Nélaton examina la malade, et constata la présence d'une tumeur pelvienne placée sur la partie latérale gauche de l'utérus, derrière cet organe. On la reconnaît facilement en appliquant les mains sur la paroi abdominale; on touchait d'abord le fond de l'utérus; plus haut, une rainure, et enfin la tumeur. Celle-ci était très sensible au toucher, tandis que l'utérus ne l'était pas; elle était aussi plus molle que cet organe. Du côté du vagin, voici ce que nous avons trouvé. Le col était porté en arrière; et en faisant plonger le doigt dans le cul-de-sac utéro-vaginal, on reconnaissait un relief semblable, quant à la consistance et à la sensibilité, à celui qu'on reconnaissait par le palper abdo-

(1) Fenerly, *Thèse inaugurale*, p. 56. Paris, 1855.

minal; la tumeur était immobile, fluctuante, tendue. M. Nélaton diagnostiqua une tumeur sanguine, une hématocèle recto-utérine, et comme rien ne pressait, comme les douleurs n'étaient pas très vives, la gêne très grande, il pensa qu'il fallait temporiser; il prescrivit donc le repos et des bains pour favoriser la résorption de la tumeur.

Le 27 mai, la malade éprouva quelques douleurs lancinantes et plus vives qu'à l'ordinaire, et vers le milieu de la journée, elle sentit que quelque chose s'écoulait par la vulve : c'était du sang noir, fétide, couleur mélasse.

Le 30, M. Nélaton, en examinant la malade, a reconnu que la tumeur s'était ouverte dans le vagin, et elle avait tellement diminué, que d'abord il ne la trouvait pas; pendant cinq jours il y a eu issue graduelle du contenu de cette tumeur. La malade n'éprouvant plus de douleurs, elle demandait à sortir de l'hôpital; mais dans la crainte des accidents qui succèdent quelquefois à ces ouvertures spontanées, on l'a engagée à rester quelques jours encore.

J'ai suivi cette malade, et j'ai pu constater les progrès de la résorption de cette tumeur; depuis qu'elle est sortie de l'hôpital, elle a vu plusieurs fois ses règles. Elle ne souffrait plus à l'abdomen; elle a eu une hydarthrose du genou; quant à sa tumeur, un examen très attentif faisait constater la présence d'une tumeur mobile très petite, comme un ganglion lymphatique.

L'ouverture spontanée de la tumeur hématique, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit dans ces deux organes simultanément, et l'expulsion par cette voie pathologique de la sécrétion menstruelle depuis longtemps épanchée dans l'abdomen, qui sort seule, comme dans l'observation précédente, ou mélangée à une petite quantité de pus, lorsque l'inflammation du kyste sanguin, quoique étendue, est restée modérée, comme dans les observations XXXVI et XXXVIII (1), sont suivies d'une amélioration rapide. Non-seulement la tumeur diminue d'un jour à l'autre d'une manière très sensible et corrélative à la quantité de sang liquide et de caillots évacués, mais si l'on n'a pas eu la malencontreuse pensée, pour hâter la guérison, d'agrandir artificiellement l'ouverture spontanée comme dans l'observation XXXVI (2), l'orgasme dont la tumeur ou les diverses tumeurs et l'utérus étaient redevenus le siége sous l'influence du retour de la menstruation, se calme, puis disparaît, et souvent alors l'excrétion se produit et vient donner cours au retentum génital. Lorsque cet enchaînement de faits a lieu, et surtout lorsqu'à l'évacuation de la

(1) Obs. XXXVI, p. 203; obs. XXXVIII, p. 214.
(2) Obs. XXXVI, p. 203.

sécrétion physiologique succède une métrorrhagie, pour ainsi dire critique, qui dissipe la congestion dont les organes génitaux sont devenus le siége par suite du travail pathologique prolongé qu'ils ont eu à subir, on voit survenir une résolution franche et rapide de la péritonite, ou, pour parler plus exactement, se produire une cicatrisation régulière du kyste pelvien.

Mais je dois signaler que la guérison, même dans ces circonstances heureuses, est parfois retardée par un épiphénomène morbide de voisinage que l'inflammation de la tumeur détermine en se propageant par contiguïté au rectum, et qui donne lieu à des accidents qui ont une assez grande analogie avec les symptômes de la dysenterie. Je n'ai pas besoin de décrire les accidents dysentériques, ou plutôt dysentériformes, qui caractérisent cette inflammation par contiguïté du rectum, et qui non-seulement se manifestent quand la tumeur s'est ouverte dans l'intestin, mais qui peuvent également survenir sans cette circonstance. J'ai seulement à dire qu'il ne faut avoir aucune notion de ce qu'est la maladie, à affections disséminées comme la fièvre typhoïde, qui a reçu le nom de dysenterie, pour confondre avec celle-ci l'affection du rectum qui survient comme épiphénomène symptomatique des pelvi-péritonites, surtout lorsque celle-ci est suppurée. Le grand nombre de dysenteries graves qui ont été observées cette année 1859 me dispense d'insister sur cette remarque, c'est-à-dire sur cette assimilation irrationnelle d'une maladie et d'une affection symptomatique, que ne saurait établir la ressemblance de quelques symptômes aussi insignifiants que le sont : la sanguinolence au début de déjections glaireuses, leur aspect graisseux plus tard, leur fréquence et le sentiment de brûlure rectale qui les accompagne. Ces accidents ne peuvent mériter le nom de dysenterie à cette rectite symptomatique qui, je l'avoue, ne m'a jamais paru avoir sur la tumeur hématique l'action résolutive que lui attribue M. Voisin (1). Ces accidents se manifestent surtout lorsque l'inflammation du kyste sanguin, au lieu de rester modérée, devient tellement intense, qu'elle simule les symptômes des phlegmons des ligaments larges, comme dans l'observation suivante de M. Satis (2), que j'ai déjà transcrite dans mon travail de 1848.

---

(1) A. Voisin, *loc. cit.*, p. 37.
(2) Satis, *Thèse inaugurale*, p. 89. Paris, 1847.

OBSERVATION XLI. — *Suppression des règles suivie de symptômes de péritonite. — Retour des règles, puis suppression nouvelle. — Développement d'une tumeur hypogastrique trilobée, proéminente dans le vagin en arrière du col utérin. — Inflammation de cette tumeur. — Pendant douze jours expulsion par le rectum de pus et de caillots sanguins. — Induration circonscrite du ligament large droit. — Disparition du reste de la tumeur.*

Au n° 8 de la salle Sainte-Anne est couchée la nommée Deron (Joséphine), âgée de vingt-cinq ans, exerçant la profession de couturière. Cette femme fut réglée pour la première fois à quinze ans : depuis cette époque, les règles ont toujours paru régulièrement, mais plus ou moins abondantes ; leur apparition a souvent été accompagnée de douleurs dans le bas-ventre. Il y a sept ans, cette femme est restée malade pendant six mois à la suite de ses couches; elle ne peut préciser ce qu'elle a eu ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'à cette époque il ne se forma point de tumeur dans le bas-ventre : depuis lors sa santé a toujours été bonne. Il y a deux mois, les règles se supprimèrent sans cause appréciable peu de temps après avoir commencé à couler ; une vive douleur se fit bientôt sentir dans la partie inférieure du ventre. Cette douleur, qui était continuelle, lancinante, s'étendit à tout l'abdomen ; elle s'exaspérait par la pression et sous l'influence des mouvements. Des sangsues furent alors appliquées à la région hypogastrique et sur les fosses iliaques ; malgré ces moyens les douleurs persistèrent, le ventre resta volumineux et douloureux à la pression. Ces accidents étaient accompagnés d'un état fébrile assez prononcé. La malade garda le repos au lit, et employa les moyens émollients; les douleurs s'apaisèrent, le ventre diminua de volume, mais resta un peu douloureux à la pression ; la fièvre céda, et la malade commença à marcher à la cinquième semaine. Les règles ne parurent point à leur époque ordinaire. Il y a cinq jours, une application de sangsues fut faite à la partie interne des cuisses, pour provoquer l'apparition des règles ; celles-ci parurent en effet, mais se supprimèrent le second jour ; les douleurs reparurent alors avec une nouvelle intensité et forcèrent la malade à entrer à l'hôpital le 12 août 1845.

13 août. — Cette femme est d'une assez faible constitution, elle est petite et a subi un certain degré d'amaigrissement; les chairs sont molles, décolorées; la face est pâle et porte l'empreinte de la souffrance.

Le ventre est volumineux, tendu, douloureux à la pression, surtout dans sa moitié inférieure. La malade se plaint de douleurs vives dans l'abdomen ; ces douleurs sont continuelles et s'exaspèrent à des intervalles très rapprochés ; elles sont surtout prononcées à la région hypogastrique et dans les fosses iliaques. La région hypogastrique est chaude, tuméfiée, distendue par une tumeur qui s'étend de chaque côté vers les fosses iliaques; cette tumeur est dure, douloureuse à la pression ; elle remonte sur la ligne médiane, jusqu'à

cinq travers de doigt au-dessus du pubis; elle est arrondie et semble formée par le fond de l'utérus augmenté de volume. Sur les côtés de cette tumeur médiane, on sent, à droite et à gauche, un empâtement qui occupe la plus grande partie des fosses iliaques et plonge dans le petit bassin. Cet empâtement est mal circonscrit, se continue par la face antérieure avec la tumeur médiane sans ligne de démarcation appréciable; il longe de chaque côté l'arcade fémorale, et s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope; la tumeur médiane remonte un peu plus haut que les engorgements des fosses iliaques; on ne pratique pas le toucher à cause des douleurs. Pas d'écoulement dans le vagin.

Perte de l'appétit, soif assez vive; pas de nausées, constipation; excrétion facile des urines; insomnie causée par l'acuité des douleurs. Le pouls est fréquent, légèrement développé; la chaleur de la peau est modérée; décubitus dorsal; impossibilité de se remuer dans son lit sans exaspérer les douleurs; absence d'œdème aux membres inférieurs, qui ne sont pas rétractés et dont les mouvements sont possibles, mais retentissent douloureusement dans l'abdomen. — Prescription : Saignée, 250 grammes; bain de siége; cataplasmes sur le ventre.

Le 14. — Le caillot de la saignée est recouvert d'une couenne peu épaisse et peu résistante. Les douleurs sont moins vives depuis la saignée; elles siégent principalement dans la partie inférieure du ventre, qui conserve son volume et sa sensibilité à la pression; la région hypogastrique présente moins de chaleur; la tumeur n'a point diminué de volume. Légère fréquence du pouls, qui est peu développé et peu dépressible. — Bain de siége (*bis*); cataplasmes. Bouillons.

Le 17. — Les douleurs, qui étaient modérées depuis quelques jours, ont repris un peu d'intensité pendant la nuit, elles occupent surtout la fosse iliaque gauche; pas de frisson. Le ventre est douloureux dans la partie inférieure, il est légèrement tendu. La région hypogastrique est toujours tuméfiée et présente plus de chaleur; la tumeur qui occupe cette région conserve son volume, sa forme, sa dureté; elle est douloureuse à la palpation. L'empâtement est plus prononcé dans les fosses iliaques, il remonte de chaque côté un peu au-dessus de la tumeur médiane; cet empâtement, qui remplit les fosses iliaques, est mal circonscrit, dur, douloureux.

En touchant par le vagin, on sent que le col de l'utérus est un peu élevé, sain, il n'a point éprouvé de déplacement. Le corps de la matrice est considérablement augmenté de volume, il forme la tumeur médiane; on ne peut atteindre la limite supérieure; il est douloureux, immobile, enclavé entre les deux tumeurs qui occupent les fosses iliaques. *Ces deux tumeurs communiquent entre elles en arrière de l'utérus, et se continuent sans ligne de démarcation avec le corps de cet organe.* On ne perçoit pas de fluctuation dans les tumeurs.

Le pouls est peu développé et peu fréquent. Les mouvements des membres inférieurs sont faciles. Depuis vingt-quatre heures la malade a été prise d'un léger dévoiement ; les selles ne contiennent pas de pus. Pas d'écoulement par le vagin. Sommeil tranquille. — Prescription : Bain de siége (*bis*); cataplasmes. Potages.

Le 20. — Les douleurs sont moins vives; elles occupent surtout la fosse iliaque gauche, et deviennent lancinantes à intervalles irréguliers. Le ventre conserve son volume ; la région hypogastrique est saillante, la pression y détermine une légère douleur ; l'utérus s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La palpation est douloureuse dans les fosses iliaques, qui sont remplies par une tumeur dure, rénitente, mal circonscrite; à gauche, la tumeur adhère intimement à l'utérus et s'élève à plus d'un travers de doigt au-dessus de son fond ; à droite, la tumeur qui fait aussi corps avec la matrice a perdu de son volume et descend à deux travers de doigt au-dessous du fond de l'utérus. Depuis hier la malade a eu plusieurs selles *mélangées de pus et de sang*.

Pas de fièvre; le pouls est peu développé, facilement dépressible. Les urines sont abondantes, facilement excrétées. Absence d'écoulement par le vagin. — Prescription : Bains de siége; cataplasmes.

Le 24. — La malade ne ressent plus de douleur qu'à de rares intervalles, la tumeur de la fosse iliaque gauche est traversée par des élancements. Le ventre a perdu son volume et sa rénitence; il est peu douloureux à la pression. La région hypogastrique ne présente plus de chaleur et est beaucoup moins saillante ; par la palpation on constate encore dans cette région le fond de l'utérus, qui remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. La palpation détermine à peine de la douleur dans la fosse iliaque droite, où l'on ne trouve plus qu'un empâtement peu considérable, indolent, plongeant dans le petit bassin. A gauche, la tumeur conserve son volume, elle est dure, douloureuse au toucher. On n'y perçoit pas de fluctuation. Les selles contiennent toujours *une petite quantité de caillots sanguins noirâtres et peu volumineux*. Pas d'écoulement par le vagin, excrétion facile des urines; appétit plus prononcé ; dévoiement peu prononcé, pas de fièvre. — Même prescrpition.

Le 27. — La malade ressent toujours quelques douleurs profondes dans le bas-ventre; ces douleurs occupent surtout la fosse iliaque gauche. Le ventre est souple et à peu près indolent à la pression, si ce n'est dans le côté gauche, où la palpation réveille les douleurs ; la région hypogastrique est indolente, on n'y perçoit plus de tumeur ; l'utérus est caché derrière le pubis ; à droite on sent encore un empâtement profond peu étendu, à peu près indolent; à gauche la fosse iliaque est toujours remplie par une tumeur dure, douloureuse, non fluctuante : celle-ci a perdu de son volume, elle remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Le dévoiement a cessé, les selles ne

contiennent plus de sang. Pas d'écoulement par le vagin ; le pouls est sans fréquence et reprend de la force. — Même prescription.

Le 1er septembre. — La malade ressent encore quelques douleurs sourdes dans les fosses iliaques; le ventre est indolent à la palpation, excepté dans le côté gauche. On ne constate plus de tumeur dans la fosse iliaque droite ainsi qu'à la région hypogastrique. La fosse iliaque gauche est toujours occupée par une tumeur mieux circonscrite, arrondie, longeant le ligament de Fallope et remontant à deux travers de doigt au-dessus de cette arcade. La malade a été prise de douleurs lancinantes à la partie inférieure du rectum; ces douleurs ne s'accompagnent pas du besoin d'aller à la selle ; on ne constate rien à l'extérieur du rectum. La malade va régulièrement à la selle; *les matières contiennent toujours une certaine quantité de pus et de caillots sanguins.* Pas d'écoulement par le vagin. État général meilleur; les forces reviennent, la face reprend de la coloration ; le pouls est plus développé. — Prescription : Bains de siége ; cataplasmes. Une portion.

Le 5. — Le ventre a son volume normal ; il est souple et indolent ; la tumeur est beaucoup moins volumineuse, dure, peu douloureuse ; elle a le volume d'une noix, n'occupe que la partie la plus interne de la fosse iliaque et plonge dans le petit bassin.

La malade ressent toujours quelques élancements dans le rectum ; ces élancements sont moins fréquents et moins violents ; les *selles ne contiennent plus ni pus ni caillots sanguins ;* la malade reprend de l'embonpoint ; elle commence à se lever. La marche réveille un peu les douleurs dans la fosse iliaque. — Même prescription.

Le 9. — La malade demande à quitter l'hôpital. On sent toujours dans la fosse iliaque gauche un léger empâtement profond, indolent, plongeant dans le petit bassin. Cette tumeur, qui a le volume d'une petite noix, est constatée par le toucher vaginal qui permet de reconnaître que l'utérus a repris son volume normal et est plus mobile. Les règles n'ont pas paru pendant le séjour de la malade à l'hôpital.

Cette observation présente un état intermédiaire entre les faits qui appartiennent à la période aiguë de la rétention menstruelle et ceux qui appartiennent à la période chronique, c'est-à-dire de transformation de l'épanchement sanguin, qui sera exposée ultérieurement en étudiant les hydropisies enkystées de l'ovaire. Dans ce fait, le sang expulsé conserve encore ses caractères pathognomoniques ; mais son expulsion par une voie anormale, son mélange avec une grande quantité de pus, indiquent que les cavités qui le contenaient sont devenues le siége d'un état inflammatoire plus intense que dans les observations précédentes.

Dans celle-ci l'inflammation était pour ainsi dire l'accessoire, elle passait inaperçue au milieu des accidents dus à la rétention du flux cataménial; dans les faits intéressants que nous devons à M. Satis (1), l'inflammation au contraire a, pour ainsi dire, masqué le travail expulsif. Elle a préoccupé seule l'attention de l'observateur, et c'est à elle qu'il a rapporté tous les symptômes. Mais devons-nous croire avec lui que le trouble de la menstruation, qui a été la cause des inflammations (2), consistait dans l'absence de la sécrétion physiologique (3). Devons-nous croire en particulier que, sous l'influence d'une cause accidentelle, le travail congestionnel ou le molimen hémorrhagique de la menstruation soit devenu la condition immédiate de la production de ces inflammations (4), lorsque cette étiologie ne rend pas compte de la présence, au milieu du pus, du sang liquide et des caillots qui, pendant une quinzaine de jours, ont été constatés dans cette observation. La présence de ces caillots sanguins, contradictoire de l'opinion de M. Satis, établit au contraire l'interprétation que j'ai donnée de cette observation, parce qu'elle peut être facilement expliquée lorsqu'on admet que la sécrétion menstruelle avait continué de se produire, mais que l'excrétion en avait été entravée, et qu'alors avait eu lieu la rétention du produit de la sécrétion.

Ainsi la présence de ces caillots sanguins, qui n'avait pas attiré l'attention de M. Satis, vient militer en faveur du rapprochement de ce fait avec les précédents, qu'autorise d'ailleurs la comparaison des symptômes qui existaient dans ces différents cas. On voit, en effet, dans cette observation, des accidents graves de longue durée succéder à une première suppression menstruelle, et qu'on peut très légitimement, me semble-t-il, rapporter à une péritonite hémorrhagique. La douleur vive ressentie dans la partie inférieure du ventre, qui s'étendit bientôt à tout l'abdomen, augmentant par la pression ou par les mouvements, et qui persista ainsi pendant plusieurs semaines, accompagnée d'un état fébrile assez prononcé; enfin la configuration que présentait la tuméfaction abdominale, peuvent d'autant mieux faire croire à l'existence de cette affection, qu'on

(1) Satis, *loc. cit.*, p. 83 et suiv.; 89 et suiv.
(2) *Loc. cit.*, p. 13.
(3) *Loc. cit.*, p. 10.
(4) *Loc. cit.*, p. 1, 4 et suiv.

trouve les mêmes symptômes dans ma première observation qui a été suivie d'autopsie.

Cette femme était souffrante encore de cette péritonite, lorsque survint la première époque menstruelle qui ne donna lieu à aucune aggravation sensible, parce que sans doute, sous l'influence de la perturbation violente qu'elle venait d'éprouver, la sécrétion n'a pas eu lieu, comme nous avons déjà vu dans différentes observations la première époque menstruelle consécutive à la péritonite n'être indiquée par aucun symptôme. Les accidents s'amendent, et l'on voit, à la deuxième époque menstruelle, les règles paraître à la suite d'une application de sangsues, puis s'arrêter le second jour de leur apparition. Cette nouvelle suppression de l'écoulement est suivie d'une augmentation de la tuméfaction hypogastrique, dont la partie moyenne, plus considérable, était constituée, suivant M. Satis, par le fond de l'utérus, tandis que les deux tumeurs latérales occupaient pour lui les ligaments larges. Cette distension des cavités génitales, survenue immédiatement après la suppression de l'écoulement menstruel, est accompagnée d'une douleur continue, mais présentant, par intervalles, des exacerbations qui rappellent les douleurs expulsives indiquées dans tous les faits précédents.

Ces contractions utérines sont impuissantes, et au lieu de voir, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, une hémorrhagie salutaire se produire, l'affection présente alors une nouvelle phase. Tandis que la matrice diminue légèrement de volume, l'engorgement des fosses iliaques augmente ; il est dur, tendu, douloureux, et offre une élévation de température. Bientôt des élancements se font sentir dans la tumeur du ligament large gauche ; du pus et du sang s'écoulent par le rectum ; sous l'influence de cet écoulement sanguino-purulent, l'utérus et la tumeur du ligament large droit diminuent sensiblement de volume, tandis que celle du côté opposé reste douloureuse, chaude, tendue, et continue à être le siége d'élancements.

L'écoulement persiste pendant quinze jours environ, offrant de temps à autre des rémissions pendant lesquelles les douleurs se réveillent pour s'amender avec le retour de l'écoulement ; enfin la suppuration et l'expulsion des caillots cessent et la convalescence s'établit. Dès lors l'utérus et le ligament large droit sont revenus à leurs conditions normales ; mais il n'en est pas de même du ligament large gauche, qui a été le siége du travail inflammatoire le plus

marqué. Il présente une induration sensible, semblable à celle que nous avons rencontrée dans l'observation XX (1). La malade sort de l'hôpital sans qu'il y ait eu par la vulve d'écoulement sanguin, qui cette fois s'est frayé une voie anormale; mais guérie en apparence, elle reste sans doute exposée à la récidive des mêmes accidents qui a eu lieu dans différentes observations rapportées précédemment.

Malheureusement cette inflammation du kyste sanguin n'a pas toujours cette heureuse terminaison; on voit parfois, après une amélioration trompeuse, la malade dépérir lentement, épuisée par une fièvre hectique de suppuration. Cette consomption survient, soit lorsque le pus n'a pu, comme dans l'observation XII (2), se frayer d'issue au dehors, soit lorsque l'ouverture spontanée du kyste sanguino-purulent n'a pu conjurer les accidents colliquatifs, comme dans l'observation de la malade suivante, dont j'ai fait l'autopsie avec mon excellent collègue et ami M. Lailler, auquel je dois les renseignements malheureusement très incomplets qu'il avait pu recueillir pendant la vie.

OBSERVATION XLII. — *Suppression menstruelle datant de huit mois. — Fièvre hectique. — Mort. — Tumeur pelvienne complexe, constituée : 1° par quatre kystes formés par la trompe gauche oblitérée en trois points de son étendue et remplie de détritus sanguins ; 2° par un grand kyste triloculaire formé aux dépens du ligament large et du péritoine pariétal rempli de matières sanieuses et de masses fibrineuses, communiquant, d'une part, avec l'intestin grêle perforé, d'autre part avec le rectum également perforé ; 3° par deux kystes séreux intrapelviens, ayant pour base l'ovaire droit atrophié, luxé en bas et en dedans, et qui paraissent être de date ancienne.*

Le 9 juin 1847, fut apportée dans un état désespéré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Legroux, dont M. Lailler était l'interne, et placée salle Sainte-Monique, n° 324, Favet (Léonie), âgée de vingt et un ans, née à Janville (Eure-et-Loir), cuisinière, qui vient directement de son pays à Paris, pour chercher du soulagement aux douleurs qu'elle éprouve depuis quatorze mois. Cette fille, d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, sujette pendant sa première enfance à de fréquents engorgements des ganglions cervicaux, a été très souvent malade jusqu'à l'âge de sept ans. Depuis lors, dit-

(1) Voy. page 104.
(2) Page 72.

elle, sa santé a été assez bonne et ne paraît pas avoir été altérée par l'établissement de la menstruation, mais il est impossible d'obtenir de la malade aucun renseignement précis sur cette fonction. Il est impossible, en particulier, de déterminer si ce fut à la suite d'un trouble de cette fonction, d'une fausse couche, ou de rapports sexuels, que se manifestèrent, vers l'âge de vingt ans, les coliques violentes, le ballonnement du ventre, les nausées qui accompagnèrent le développement dans la fosse iliaque droite d'une tumeur qui depuis cette époque (quatorze mois) a toujours persisté. Quelque temps après ces accidents aigus, la malade a pu reprendre son travail; mais, malgré la diminution de la tumeur, elle ressentait continuellement des douleurs dans cette fosse iliaque et dans la région lombaire. Malgré ces souffrances et la persistance de la tumeur, elle reprit son travail et le continua jusqu'au mois d'octobre dernier, où elle fut prise de douleurs assez vives dans les membres inférieurs pour entraver la marche, et dont le développement coïncida avec la non-apparition des règles. Depuis ces huit mois, les règles n'ont pas reparu, et de ce moment aussi son état alla empirant ; depuis deux mois il s'est manifesté de la diarrhée et un œdème des membres inférieurs qui n'ont pas cessé depuis leur début.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate que non-seulement il existe un œdème des membres inférieurs, des parois abdominales et de la région lombaire, qui est douloureuse à la pression, mais que les urines, albumineuses, sont coagulables par l'acide nitrique et la chaleur. La partie inférieure de l'abdomen est le siége d'une fluctuation profonde, obscure, mais il est impossible de déterminer dans cette région l'existence de la tumeur précisée par le récit de la malade. Diarrhée colliquative, fièvre hectique avec redoublement le soir. Le quatrième jour de son entrée, l'état de la malade devient plus mauvais, sa figure s'altère profondément; à la diarrhée se joignent des nausées presque continues, sans météorisme et sans augmentation de la sensibilité morbide de l'abdomen. — Pouls à 120. La malade, après une longue agonie, meurt dans la nuit du 18 juin, dans un état cyanique.

Autopsie. — Trente heures après la mort, temps sec et chaud. Le cadavre, d'une extrême maigreur, est bien conservé. Le crâne et la colonne vertébrale n'ont pas été examinés.

Thorax. — Les plèvres ne présentent pas d'adhérences. La cavité pleurale gauche ne contient qu'une très faible quantité de sérosité citrine sans flocons albumineux; celle du côté opposé contient au moins le double du même liquide. La trachée ainsi que les bronches même d'un très petit calibre sont remplies de mucosités liquides jaunes, verdâtres, manifestement purulentes. La muqueuse de la trachée et des bronches épaissie, d'un rouge brun intense, paraît comme fongueuse. Les lobes supérieurs et moyens du poumon droit, crépitants, sont d'un rouge vif; on n'y trouve ni cicatrices, ni tubercules d'aucune espèce que ce soit. Le lobe inférieur, carnifié, couleur lie de vin, dense,

friable, gagnant le fond de l'eau, présente une surface de section lisse sans aucune apparence des granulations que l'on rencontre dans les hépatisations rouges auxquelles cette altération pourrait être rapportée par ses autres caractères. Le poumon gauche ne présente ni hépatisation, ni tubercule; sa rougeur anormale est moins intense que celle du côté opposé. Le péricarde ne contient que très peu de sérosité. Le cœur, d'un petit volume, est sain; ses cavités contiennent quelques caillots fibrineux *post mortem*. L'aorte n'offre aucune altération notable, les autres artères n'ont pas été examinées.

Abdomen. — La cavité abdominale ne contient pas de sérosité. Des fausses membranes celluleuses, blanchâtres, denses, réunissent la face supérieure du foie dans presque toute son étendue au diaphragme; mais ces faisceaux membraneux offrent une longueur telle, qu'elle permet au diaphragme de s'éloigner du foie d'une manière sensible. Le péritoine pariétal et viscéral ne paraît pas au premier aspect offrir d'altérations, mais quand on soulève la masse intestinale météorisée, on trouve au-dessous des dernières circonvolutions de l'intestin grêle une ouverture arrondie d'un centimètre de diamètre. Les parties voisines de cet orifice ne présentent point trace d'un épanchement solide ou liquide effectué par cette ouverture accidentelle; elles ne présentent également ni fausses membranes, ni rougeur indiquant un travail morbide récent, soit du péritoine pariétal, soit de la portion de l'intestin qui primitivement dissimulait aux regards la tumeur sous-jacente. Quand on examine attentivement cette perforation, on trouve à sa partie supérieure une membrane transparente, sèche, très mince, semblable à une pelure d'oignon, qui paraît avoir existé dans toute son étendue, mais dont la partie inférieure s'est déchirée quand on a soulevé l'intestin qui la recouvrait; de telle sorte que cette perforation paraît être le résultat des recherches nécroscopiques et être survenue pendant l'autopsie.

Cette ouverture accidentelle, située au niveau de la demi-circonférence gauche de la dernière vertèbre lombaire, est le point le plus élevé d'une tumeur complexe qui remplit le détroit supérieur, et dans laquelle sont réunies par des fausses membranes et presque confondues les parties suivantes: l'S iliaque du côlon, le dernier pied de l'intestin grêle, l'appendice iléo-cæcal, la matrice; enfin les annexes de l'utérus, aux dépens desquelles paraissent formés les différents kystes qui constituent, pour ainsi dire, trois groupes distincts que nous décrirons avec les organes génitaux.

Le foie ainsi que la vésicule biliaire sont sains; la rate, d'une forme singulière, en croissant, granulée, très dense, offre un couleur semblable à celle des muscles, sa membrane d'enveloppe se détache facilement. L'estomac, le duodénum ne présentent rien de notable, ainsi que l'intestin grêle jusqu'à un pied de la valvule iléo-cæcale. Là on trouve une courbure angulaire déterminée par un éperon comprenant la demi-circonférence de l'intestin, qui, à ce niveau, présente extérieurement des fausses membranes anciennes qui ont confondu

deux parties voisines de l'intestin, tandis qu'intérieurement la membrane muqueuse saine tapisse la saillie sans offrir aucun épaississement. Plus bas on trouve dans cet intestin une ouverture régulièrement arrondie, capable d'admettre une grosse plume de corbeau, dans laquelle se continue la muqueuse intestinale partout saine. Cette ouverture est l'orifice intestinal d'un conduit oblique qui, formé au milieu de fausses membranes denses, vient se rendre non à l'ouverture péritonéale que j'ai indiquée précédemment, mais dans une des parties du kyste droit. Une pression exercée sur ce kyste fait passer dans l'intestin les matières qu'il contient, mais ne permet pas le passage inverse, c'est-à-dire le passage des matières intestinales dans le kyste, ou du moins nous n'avons pu obtenir ce passage dans les diverses tentatives que nous avons faites pour le déterminer. La muqueuse du gros intestin diffère par son aspect de celle de l'intestin grêle, qui, comme je l'ai dit, était sans ulcération, d'une épaisseur et d'une consistance normale, et offrait une coloration gris rosé, tandis que celle du gros intestin présentait une teinte gris noirâtre générale. Cette teinte est due surtout au petit liséré noirâtre qui borde chacune des petites dépressions excessivement nombreuses qui existent dans ce gros intestin, et qui rappellent les ulcérations psorentériques du choléra d'ancienne date. Tous ces ulcérations, régulièrement ovalaires, pouvant admettre un grain de millet, sont recouvertes par une membrane mince qui se continue avec l'épithélium de la muqueuse, qui est elle-même d'une assez bonne consistance, mais présente une légère augmentation d'épaisseur. La coloration ardoisée devient plus foncée, les cicatricules plus nombreuses encore dans le rectum, sur la face antérieure duquel on trouve une nouvelle perforation qui correspond à la partie inférieure du col utérin. Cette perforation arrondie, tapissée par la muqueuse, est située au fond d'une dilatation partielle de cet intestin, qui forme pour ainsi dire comme le pavillon du conduit anormal. Celui-ci, d'une direction générale oblique, forme des flexuosités nombreuses comprises d'abord entre le rectum et le col utérin, puis entre ce dernier organe et le kyste médian, pour venir enfin aboutir à la partie inférieure du kyste droit auquel venait déjà se rendre le conduit sinueux de la perforation de l'intestin grêle.

Organes génitaux. — La membrane hymen n'existe pas; le vagin est sain; le col utérin présente la disposition régulière qu'on trouve chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, son orifice rappelle exactement la disposition du méat urinaire chez l'homme. Cet orifice est rempli par une masse albumineuse transparente, complétement analogue à du blanc d'œuf desséché. La longueur de ce col est normale; ses parois, d'une épaisseur normale, n'offrent aucune altération; sa cavité ne contient aucun liquide, elle présente les saillies régulières de l'arbre de vie et communique librement avec celle de l'utérus. Cet organe, aplati d'avant en arrière, d'une forme et d'un volume normal, offre une cavité petite, triangulaire, qu contient un corps membraneux très hu-

mide, d'un blanc jaunâtre, paraissant formé de liquide albumineux à demi desséché, et coloré par du mucus puriforme. Nous n'avons pu découvrir les orifices utérins des trompes, qui eussent pu nous diriger pour reconnaître la constitution des trois groupes de kystes que nous avons précédemment indiqués.

L'un de ces groupes, le gauche, est formé de quatre petits kystes qui sont placés à côté l'un de l'autre, mais nettement séparés, et qui par leur juxtaposition décrivent une ligne flexueuse qui représente une ∽. Ce premier groupe de kystes est situé entre la vessie légèrement déviée à gauche, le bord gauche de la matrice, la face antérieure de l'S iliaque et les os. Libre par son sommet, il repose inférieurement sur le kyste médian. Ces quatre petits kystes, par leur position, leur disposition flexueuse, mais surtout par l'organisation de leurs parois, nous ont paru représenter *la trompe gauche oblitérée en trois points différents de son étendue.* Ils étaient remplis par une matière grumeleuse d'un jaune ocreux, rappelant la matière tuberculeuse ramollie, mais d'une teinte jaune rougeâtre plus foncée, cuir de bottes, qu'on trouve aux vieux détritus sanguins. Chacun de ces kystes, parfaitement clos, était intérieurement tapissé par une membrane muqueuse bien organisée, et qui présentait, comme les membranes muqueuses enflammées, une coloration brune assez foncée et des mamelons nombreux. Le plus externe de ces kystes, à lui seul plus considérable que les trois autres réunis, avait le volume d'une grosse amande garnie de sa coque; il avait pour paroi postérieure la face antérieure *de l'ovaire* légèrement atrophié, qui offrait au milieu de son tissu normal une douzaine de corps jaunes parfaitement reconnaissables.

L'autre groupe, droit, formé d'un grand kyste triloculaire, occupe toute la partie droite du bassin comprise entre le bord droit de l'utérus et les parois du bassin, puis se reporte en arrière pour se mettre en rapport avec la moitié droite de la face postérieure de la matrice, et venir adhérer au bord droit de l'S iliaque, au moment où celui-ci se recourbe sur la demi-circonférence gauche de la dernière vertèbre lombaire. Ses trois locules communiquent librement l'un avec l'autre. Le plus petit, supérieur, en rapport avec la demi-circonférence droite de la dernière vertèbre lombaire, présente la perforation accidentelle que nous avons précédemment indiquée. Le locule moyen, en rapport avec l'S iliaque et avec la face postérieure de la matrice, est recouvert par la fin de l'intestin grêle et l'appendice iléo-cæcal, qui lui adhèrent intimement. Il est en libre communication avec l'intestin grêle par la perforation que nous avons décrite; il communique, d'une part, avec le locule supérieur prévertébral, par une ouverture arrondie pouvant admettre une pièce de vingt sous, qui est située au-dessous d'un large éperon fibro-cartilagineux qui les sépare l'un de l'autre, et d'autre part, avec le locule externe et inférieur par une ouverture plus large encore, qui existe à la partie supérieure de la cloison fibro-celluleuse interposée entre eux. Ce dernier lo-

cule, beaucoup plus vaste que les précédents, interposé entre le bord de l'utérus et l'enceinte pelvienne, plonge dans cette excavation, et vient se terminer inférieurement au niveau de la partie supérieure du col utérin par une extrémité triangulaire à laquelle aboutit le conduit fistuleux qui s'ouvre dans le rectum. Il nous a été impossible de démêler dans les parois de ce kyste les divers éléments du ligament large droit aux dépens duquel il paraît formé. De ces différents éléments on reconnaissait seulement la partie antérieure du ligament rond qui s'insérait à la partie antérieure du locule externe. Les parois de ce kyste triloculaire, denses, fibreuses dans certains points, fibro-cartilagineuses dans d'autres, étaient formées non-seulement aux dépens du ligament large, mais du péritoine pariétal et du tissu cellulaire qui le double, et même dans sa partie supérieure aux dépens du ligament prévertébral, auquel il adhérait d'une manière si intime, qu'il était impossible d'isoler le kyste sans dénuder le corps de la dernière vertèbre lombaire. Cette cavité, très irrégulière, était remplie par un liquide sanieux dont l'odeur ne rappelait en rien celle des matières fécales, et qui contenait, au milieu de sa partie fluide sale, des grumeaux d'un jaune safrané, s'écrasant sous le doigt, analogues aux masses fibrineuses ramollies que l'on trouve dans de vieux foyers sanguins. Toute la surface interne du kyste était doublée par une couche de cette matière caséeuse, semblable à celle qui double les parois d'un anévrysme; elle se détachait sous un courant d'eau et se partageait en longs filaments jaunâtres. La membrane qui supportait cette sorte de dépôt inorganique, d'un brun noirâtre, n'offrait pas, comme les kystes gauches, les caractères d'une membrane muqueuse parfaite, au moins dans les points où nous avons pu la débarrasser de l'espèce d'enduit fibrineux qui lui adhérait assez fortement. Dans la partie inférieure de la paroi interne de ce kyste existait un corps aplati un peu plus large qu'un ovaire normal, qui, par sa structure et sa disposition, était fort analogue à la capsule surrénale, et qui nous a semblé être l'ovaire atrophié.

C'est de la face gauche de ce corps, qui nous a paru être l'ovaire altéré, entraîné en bas et renversé de champ, que partait le troisième groupe de kystes qui se portait obliquement en avant, à gauche et un peu en haut, interposé au deux groupes précédents. En rapport avec la partie inférieure de la face postérieure de la matrice en avant, en arrière avec le bord droit du rectum dévié à gauche, ce kyste venait se placer au-dessous du locule moyen du kyste droit, et adhérer par son sommet à la face inférieure des kystes gauches. Ce troisième groupe, médian, réuni par des fausses membranes aux deux groupes kystiques précédents, entre lesquels il était comme étouffé, n'avait avec eux aucune communication. Il était formé de deux petits kystes séreux indépendants de celui plus considérable qui avait pour base l'ovaire gauche. Ces deux kystes à parois celluleuses, assez résistantes malgré leur faible épaisseur et leur transparence, contenaient de la sérosité transparente sem-

blable à de l'eau légèrement colorée en jaune citrin. Elle était complétement semblable dans les deux kystes, qui étaient parfaitement indépendants l'un de l'autre.

Les *deux reins*, augmentés de volume et de poids, offraient manifestement une des altérations qui ont été décrites comme propres à la néphrite albumineuse. La substance corticale mamelonnée offrait cette coloration particulière indiquée sous le nom de *chair d'anguille;* au milieu de celle-ci existaient quelques parties d'un rouge plus intense que dans l'état normal. La substance tubuleuse, calices, uretères, vessie, étaient sains.

On peut considérer comme exceptionnels les accidents qui, dans les observations XII et l'observation précédente que je viens de rapprocher l'une de l'autre, ont amené une terminaison funeste qui a eu lieu à peu près semblable dans l'observation que j'ai placée en note (1), bien qu'elle offre un assez grand intérêt. Elle est intéressante

---

(1) Obs. de M. Bouvyer (*Bulletins de la Société anatom. de Paris*, rapport de M. T. Gallard, XXXe année, 1855, p. 388). — *Dysménorrhée. — Première suppression menstruelle. Application de sangsues; rétablissement du flux. — Au mois suivant, nouvelle suppression. — Entrée de la malade à l'hôpital, où l'on constate l'existence d'une hématocèle récente. — A la période menstruelle suivante, augmentation de la tumeur. — Fièvre. — Traitement homœopathique. — Amélioration momentanée suivie de la manifestation d'un flux diarrhéique. — Diarrhée colliquative. — Mort. — Kyste sanguin intrapéritonéal en rapport avec l'ovaire gauche. — Ovaires sains.*

La femme Serv..., âgée de vingt-cinq ans, mariée, n'ayant jamais eu de grossesse, habitait Paris depuis deux ans. Pendant les quatre premiers mois de son séjour, sa menstruation fut régulière, mais au bout ce temps des phénomènes morbides de diverse nature se manifestèrent à chaque époque menstruelle. L'apparition des règles était précédée de douleurs plus ou moins vives, le sang était en caillots, et il continuait à couler souvent pendant tout le cours du mois. Depuis plusieurs mois, l'écoulement des règles était précédé de vomissements de sang ayant un rapport manifeste avec l'excrétion menstruelle. Plus ces vomissements avaient été copieux, moins longue était la durée et moins grande était l'abondance des règles, et *vice versâ*. Au mois de septembre 1854, ces troubles de la menstruation devinrent plus graves que de coutume, et la malade consulta alors M. Blot. Elle assurait ne pas s'être mise dans le cas de devenir enceinte depuis plus de quatre ou cinq mois, et cependant ses règles ne venaient pas; mais les douleurs, qui précèdent d'habitude leur apparition, étaient alors si grandes, que notre collègue jugea à propos de prescrire quinze sangsues à l'hypogastre. Leur application fut suivie d'un soulagement notable, les douleurs cessèrent presque complétement, le flux sanguin se rétablit, et la malade put, au bout de peu de jours, reprendre ses occupations. Elle avait été examinée avec assez d'attention par M. Blot pour qu'il ait pu nous affirmer qu'elle ne présentait pas alors de tumeur dans le voisinage de l'utérus. Mais trois semaines plus tard, de nouveaux accidents semblables aux précédents se reproduisirent, et il l'engagea à entrer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tessier, qui était alors dirigé par M. Lailler, et dont M. Tassel était l'interne. Elle reste dans ce service depuis le 24 septembre jusqu'au 20 décembre, et dès les premiers jours qui suivirent son entrée, on con-

non-seulement parce que cette malade, comme celle de l'observation précédente, a eu comme épiphénomène de sa fièvre hectique une affection granuleuse des reins, dont il est aussi difficile de comprendre la signification qu'il l'est de comprendre celle de certaines affections du foie qui se présentent dans la pelvi-péritonite suppurée, mais aussi à cause du traitement homœopathique auquel cette malade a été soumise dans les derniers mois de sa maladie. Aussi ai-je à faire remarquer, à propos de cette observation, que si la méthode de

---

state l'existence d'une tumeur dans le voisinage de l'utérus. Cette tumeur, saillante à l'hypogastre, avait le volume du poing environ ; elle était située non pas sur la ligne médiane, mais inclinée à droite, sans cependant se porter dans la fosse iliaque. On la sentait se prolonger très manifestement dans l'excavation pelvienne. Par le toucher vaginal, on arrivait très difficilement sur le col de l'utérus, qui était porté fortement en haut et en avant derrière la symphyse des pubis, sur laquelle il s'appliquait en comprimant la vessie. L'utérus n'avait pas sensiblement augmenté de volume, mais il était immobile et comme enclavé ; en arrière de lui on sentait proéminer dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur se continuant avec celle qui existait à l'hypogastre, ce dont on a pu s'assurer en combinant le palper hypogastrique avec le toucher vaginal. Cette tumeur, située en arrière et à gauche de l'utérus, en était parfaitement indépendante ; sans présenter une fluctuation manifeste, elle ne paraissait pas être constituée par un corps solide ; elle était rénitente. Par le toucher rectal on s'est assuré que la tumeur était située en avant du rectum, qu'elle comprimait dans le sens antéro-postérieur. A cette époque, la malade accusait des douleurs vives dans le bas-ventre, dans les reins, et perdait presque continuellement des caillots de sang par la vulve ; l'état général était assez satisfaisant. Le traitement consista en bains, cataplasmes, sangsues et purgatifs salins, par intervalles, *pendant trois semaines environ ;* puis, M. Lailler ayant quitté le service, le traitement fut supprimé par M. Tessier, qui institua un traitement homœopathique. (Il est à noter que le retour de M. Tessier a eu lieu à une date correspondant à peu près à l'époque menstruelle, trois semaines environ après le début de l'hématocèle.) La fièvre s'alluma ; la tumeur augmenta rapidement de volume, elle devint excessivement douloureuse au toucher ; les douleurs s'exaspéraient aux plus légers mouvements de la malade ; la constipation devint opiniâtre, et la défécation, extrêmement douloureuse, ne pouvait se faire qu'à l'aide de lavements ; mais lorsque le rectum avait été vidé, il survenait un soulagement très remarquable dans l'état de cette malheureuse femme.

La tumeur avait atteint et même dépassé l'ombilic, lorsque l'état général devint réellement alarmant : la fièvre était continue ; il y avait de l'inappétence, des vomissements, et toute la région hypogastrique était douloureuse au moindre contact. Les choses étaient dans cet état, lorsqu'au commencement de décembre, sans qu'aucun traitement fût employé, on remarqua une amélioration très sensible dans tous les symptômes : la fièvre cessa, la tumeur devint bien moins douloureuse, et diminua au point de ne plus s'élever qu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, qu'elle dépassait précédemment. La malade put se lever, mais cette amélioration ne se soutint pas ; les douleurs reparurent, ainsi que la fièvre à accès irréguliers revenant presque tous les soirs. La constipation fut remplacée par de la diarrhée ; il y avait déjà un peu de stupeur, lorsque la malade demanda à sortir de l'hôpital Beaujon, vers le mois de décembre. Trois jours après, elle prend, chez elle, 60 grammes d'huile de ricin qui lui sont prescrits on ne sait par qui ni dans quel but ; et son état empirant, elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 5 jan-

traitement des hématocèles par la ponction a été funeste à un grand nombre de malades, une médication qui serait complétement expectante, comme l'est la médecine homœopathique, ne serait pas sans doute plus favorable que la première, parce qu'elle laisse se produire une série d'accidents aussi graves que ceux que la ponction fait naître. Heureusement il est peu de médecins qui aient le triste courage de soumettre leurs malades à cette médication, ou plutôt de les laisser ainsi sans aucun traitement; il en résulte que la termi-

---

vier 1855. C'est depuis cette époque qu'elle a été soumise à l'observation de M. Bouvyer, et c'est de lui seulement que nous pouvons avoir les détails qui suivent :

La malade, considérablement amaigrie, est dans un état marqué de prostration et de stupeur ; elle répond avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adresse. Elle a de l'insomnie, avec céphalalgie intense, et même un peu de surdité. La peau est chaude, le pouls fréquent, à 96 ; l'appétit nul, la soif vive, la langue légèrement humide, un peu collante, blanche au centre, rouge à la pointe et sur le bord ; il y a des vomissements opiniâtres, sur la nature et l'abondance desquels nous ne sommes pas suffisamment renseignés ; le ventre est météorisé, tendu, douloureux ; les garderobes sont liquides. La poitrine est sonore, bien conformée, mais la malade tousse beaucoup ; elle expectore des crachats muqueux filants, et l'on entend à l'auscultation des râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. La miction est difficile et douloureuse ; les urines ne contiennent pas de pus. Il n'y a pas d'écoulement de sang par les parties génitales depuis la sortie de la malade de l'hôpital Beaujon. Le toucher n'a pas été pratiqué. (Mauve sucrée, 2 p. j. d. lavem. laud.; diète).

Pas de changement jusqu'au 8 janvier. Alors un peu de mieux ; fièvre moins intense, pouls à 84 ; abdomen toujours douloureux, mais moins tendu, de telle sorte que la palpation peut être pratiquée avec plus de soin, et permet de reconnaître l'existence d'une tumeur qui a le volume de deux poings, et occupe les régions hypogastrique et ombilicale ; elle est bilobée, et chacun des lobes paraît former une tumeur distincte de l'autre : la plus volumineuse est située sur la ligne médiane ; la plus petite paraît siéger dans la fosse iliaque droite ; elles sont dures et résistantes, sans fluctuation, et donnent un son mat à la percussion. Par le toucher vaginal on trouve le col dilaté et dévié vers le côté gauche ; dans le cul-de-sac vaginal postérieur on sent une tumeur saillante, volumineuse, qui semble unie intimement au corps de l'utérus, et qui est une continuation de la plus grosse des deux tumeurs trouvées à l'hypogastre. On n'y sent pas de fluctuation. Les urines, non purulentes, sont acides et contiennent une notable quantité d'albumine. Il n'est pas dit s'il y avait de l'œdème et de l'anasarque. Le mieux observé le 8 ne dure pas ; la prostration augmente, le pouls remonte à 96 ; il y a de l'insomnie, la diarrhée et les vomissements sont incoercibles, et la malade meurt dans le marasme, le 9 janvier 1855.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Il n'est malheureusement pas donné de détails dans les notes qui nous ont été communiquées, sur l'état du péritoine, la présence ou l'absence des lésions caractéristiques d'une phlegmasie ancienne ou récente de cette membrane ; parmi les autres organes, les reins seuls ont été examinés, et présentaient les altérations de la maladie de Bright. Quant à la description de l'utérus et de ses annexes, comme nous avons examiné nous-même et disséqué la pièce avec beaucoup de soin, en présence de nos collègues MM. Gaujot et Tassel, je demanderai la permission de substituer ma description à celle moins complète de M. Bouvyer.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les intestins refoulés vers les parties supérieures,

naison des hématocèles que je viens d'indiquer est complétement exceptionnelle, alors même que le kyste sanguin est devenu le siége d'une inflammation assez intense pour le transformer en kyste purulent. A la suite de l'ouverture spontanée ou artificielle de celui-ci, on voit encore durer pendant un temps plus ou moins long la diarrhée ou les accidents dysentériformes qui caractérisent l'inflammation propagée par contiguïté au rectum; puis peu à peu ils s'amendent et font place à une constipation opiniâtre qui s'accompagne de coliques assez longtemps persistantes. Aussi n'est-ce que très diffi-

---

en même temps que l'excavation pelvienne et une grande partie de la fosse iliaque droite sont occupées par une tumeur d'une coloration blanchâtre, pouvant, au dire de M. Bouvyer, rappeler la coloration du tissu encéphaloïde; cette tumeur aurait présenté, à la réunion de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, un étranglement dont nous n'avons pu constater l'existence, la tumeur ayant été ouverte et vidée des caillots sanguins qu'elle contenait lorsqu'elle a été mise sous nos yeux. J'ai pu mesurer ce kyste, qui nous a paru globuleux et dont le diamètre est de 14 à 15 centimètres; ses parois sont épaisses et résistantes, et dans son intérieur M. Bouvyer a trouvé des caillots noirâtres, au milieu desquels il a inutilement cherché des débris de fœtus et de placenta. Une partie de ces caillots plus denses et décolorés tapissaient encore la face interne du kyste, de façon à en augmenter l'épaisseur et la résistance. Cette tumeur était située à droite de l'utérus, dont le fond était attiré du même côté, tandis que le col était refoulé vers le côté gauche, ce qui tenait à une bride cellulo-fibreuse qui s'étendait du fond de l'utérus à la paroi du kyste sanguin. L'utérus, ainsi placé, a la lèvre antérieure du museau de tanche plus saillante que la postérieure; il est plus volumineux qu'à l'état normal. J'ai pensé qu'une simple appréciation de ce volume ne pouvait suffire, et j'ai cru devoir prendre les dimensions suivantes. La longueur totale de l'utérus, prise extérieurement à l'organe, est de 10 centimètres et demi, intérieurement 92 millimètres (dont pour le col 42 millimètres), ce qui donne pour épaisseur de la paroi utérine au fond de l'organe 13 millimètres. La paroi antérieure est épaisse de 18 millimètres. Extérieurement, d'une corne à l'autre, il y a 58 millimètres; intérieurement, entre les ouvertures des trompes, il y a 35 millimètres. Les lignes de l'arbre de vie, au col, sont bien marquées. Un œuf de Naboth, de la dimension d'un grain de chènevis, se trouve au niveau de l'orifice interne du col, adhérent à la paroi postérieure. Il n'y a, en aucun point des cavités ni du corps, ni du col, aucune trace de sang épanché; la muqueuse partout est saine. Un stylet fin parcourt toute l'étendue de la trompe droite. Nous ne pouvons faire l'expérience à gauche, la trompe ayant été coupée malheureusement avant que la pièce nous soit communiquée. L'ovaire droit est sain, aplati, de 0,045 de longueur sur 0,036 de largeur. L'ovaire gauche, plus globuleux, est plus petit; il est plus rouge et plus friable. En avant et en dehors de cet ovaire se trouve le kyste sanguin dont nous avons parlé; il en est séparé par un kyste plus petit, contenant également du sang, et qui paraît avoir été en contact avec l'ovaire lui-même. Deux *diverticulum* en forme de doigt de gant partaient du petit kyste.

La tumeur nous a paru intrapéritonéale. Plusieurs fausses membranes organisées recouvraient le kyste supérieurement. Une de ces fausses membranes formait même une bride cellulo-fibreuse assez forte pour attirer le fond de l'utérus vers le kyste. Les culs-de-sac péritonéaux vésico-utérin et utéro-rectal ne sont nullement effacés, et sont libres de toute adhérence. L'extrémité inférieure de la tumeur est plus élevée que la partie la plus déclive du péritoine du cul-de-sac utéro-rectal.

cilement que les malades reviennent à une santé parfaite après la secousse violente qu'elles ont éprouvée ; souvent même elles restent pendant des mois souffrantes, parce que la rétention menstruelle, dissipée, a néanmoins fait naître dans les organes génitaux des altérations qui sont longues à se résoudre, ou dont les stigmates entravent les fonctions digestives.

Malgré la lenteur de la convalescence, commune d'ailleurs aux autres péritonites et dépendantes sans doute de l'organisation des fausses membranes, on peut cependant, comme je l'ai dit, regarder le pronostic de la pelvi-péritonite hémorrhagique comme assez favorable, au moins d'une manière relative. On peut croire que la gravité moindre de ces inflammations de la séreuse tient à la cause externe qui les fait naître, et qui crée, pour ainsi dire, de toutes pièces l'affection, tandis que dans les phlegmasies l'inflammation est l'expression de la maladie qui depuis un temps plus ou moins long était en puissance dans l'économie, et qui fournit ensuite au travail morbide les éléments de sa prolongation. La péritonite hémorrhagique est aussi sans comparaison moins grave que les autres péritonites par épanchement, parce que le sang qui s'est déversé dans le péritoine est moins irritant que les autres liquides qui peuvent s'épancher dans l'abdomen, et parce qu'il peut, après diverses transformations, disparaître par absorption de la cavité qu'il a enflammée par sa présence anormale, ou être isolé, et constituer un kyste séreux qui reste sans retentissement morbide.

Toutefois je dois signaler dans le pronostic les changements divers auxquels donne lieu l'organisation des fausses membranes qui résultent de la péritonite. Aux fausses membranes succèdent des brides celluleuses qui unissent à diverses parties du péritoine pariétal parfois l'utérus, plus souvent les ovaires, et plus fréquemment encore les trompes. Ainsi naissent ces déplacements si variés et si bizarres des ovaires et des trompes, et aussi certaines déviations de l'utérus qui sont une source d'incommodités pour les malades, qui doivent s'estimer heureuses, si ces déplacements des trompes, après avoir produit la stérilité, ne deviennent pas cause ultérieurement de nouvelles péritonites.

Mais ce n'est pas seulement dans le péritoine que la présence anormale du sang détermine un travail inflammatoire ; son séjour plus ou moins prolongé dans les trompes peut être suivi de l'inflam-

mation de ces organes et des parties voisines, et faire naître ainsi des phlegmons des ligaments larges qui créent une voie artificielle par laquelle le corps étranger peut être expulsé. C'est du moins ce que semble établir l'observation suivante.

Observation XLIII (1). — *Suppression de règles répétée huit fois, suivie chaque fois du développement de tumeur des fosses iliaques, siégeant six fois à gauche, deux fois à droite, et donnant lieu huit fois à un écoulement de pus par le rectum.—Les règles attendues ne paraissent pas.—Neuvième tuméfaction hypogastrique, siégeant cette fois encore dans le ligament large gauche. — Écoulement sanguin très peu abondant par la vulve. — Evacuation purulente par le rectum. — A l'époque menstruelle suivante, recrudescence des accidents, réouverture de la fistule rectale, qui donne lieu à un écoulement sanguin qui précède de quelques jours celui qui a lieu par le vagin. — Guérison.*

Au n° 10 de la salle Saint-Anne est couchée la nommée Porteau (Germaine), couturière, âgée de vingt-deux ans. Cette malade a été réglée à treize ans; la menstruation s'est établie sans accidents. Depuis cette époque jusqu'à dix-sept ans, elle a toujours été régulière et abondante. Cette femme n'a jamais été enceinte. Il y a quatre ans, *au moment de l'apparition de ses règles*, elle fut prise d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, de vomissements; le ventre devint plus volumineux et douloureux, les règles ne parurent pas à cette époque. Les accidents furent combattus par des applications de sangsues sur le ventre et l'emploi de purgatifs. A dater de ce moment, cette malade a éprouvé huit fois les mêmes accidents. *Chaque fois les symptômes ont paru à l'époque des règles, qui se supprimaient ou ne paraissaient point.* Ces attaques ont paru à des intervalles irréguliers, pendant lesquels les règles étaient normales. Des sangsues, des vésicatoires, furent employés pour arrêter la maladie. Chaque fois la phlegmasie se termina, après un temps variable, par l'évacuation d'une grande quantité de pus par le rectum. Deux fois seulement la maladie a occupé le côté droit; les accidents se sont développés à gauche dans les autres attaques.

Il y a huit jours, c'est-à-dire le 18, et à l'époque de ses règles, cette femme fut prise, sans cause appréciable, d'une douleur subite et très prononcée dans le côté gauche du ventre; elle eut en même temps des envies de vomir; le ventre devint tendu, douloureux; *les règles ne parurent pas.* Les accidents restèrent stationnaires pendant quelques jours; leur persistance obligea la malade à entrer à l'hôpital de la Pitié, le 25 avril 1845.

---

(1) Satis, *loc. cit.*, p. 83.

Le 26. — Cette femme est d'une forte constitution; elle a un embonpoint prononcé. La face est pâle, exprime une très grande souffrance ; les traits sont tirés. Le ventre est volumineux, douloureux à la pression dans toute son étendue, surtout vers la fosse iliaque gauche, qui présente plus de chaleur que les parties environnantes. La fosse iliaque gauche est remplie par une tuméfaction mal circonscrite, dure, résistante, douloureuse. Cette tumeur s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic et s'étend jusqu'à la ligne médiane, elle est le siége de douleurs continuelles et lancinantes. On ne sent point d'engorgement dans le côté droit de l'abdomen. Le membre inférieur gauche ne présente pas d'œdème; il n'est point rétracté; les mouvements sont conservés, mais ils exaspèrent la douleur. Soif assez vive, langue saburrale, envies de vomir fréquentes, constipation depuis plusieurs jours. Respiration facile, normale; battements du cœur énergiques; le pouls est fréquent, fort, résistant ; la chaleur de la peau est très prononcée. Les urines sont peu abondantes, leur excrétion est douloureuse. Les règles ont paru depuis l'entrée de la malade à l'hôpital ; elles ont seulement coulé pendant quelques heures et en petite quantité. Céphalalgie assez grande ; insomnie depuis quelques jours. Décubitus dorsal, impossibilité de se remuer dans son lit. — Prescription : Saignée, 250 grammes ; cataplasmes. — Orge gommé. Le caillot de la saignée est recouvert d'une couenne résistante.

Le 27. — Le ventre conserve son volume, sa chaleur, sa résistance ; il est toujours douloureux à la pression, surtout dans la moitié inférieure. La tumeur n'a pas augmenté de volume; elle est mal circonscrite et plus douloureuse ; la malade y a ressenti des élancements plus fréquents. Quelques envies de vomir ; pas de selles ; le pouls conserve de la fréquence et de la force ; la peau est assez chaude ; insomnie. (Bain, cataplasmes, lavement émollient.)

Le 28. — Le ventre est toujours volumineux, douloureux dans toute son étendue, et surtout dans la fosse iliaque gauche ; légère tumeur à la région hypogastrique. La tumeur conserve son volume ; elle est aussi grosse que la tête d'un fœtus à terme ; il est difficile de bien la circonscrire ; elle est dure, résistante et traversée par des douleurs lancinantes très vives. Soif vive, fréquentes envies de vomir ; quelques vomissements surviennent lors de l'ingestion des boissons ; pas de selles. Le pouls est fréquent et assez développé. — Même prescription.

Le 29. — Le ventre est un peu moins tendu, il est toujours douloureux. La tumeur a perdu de son volume ; elle tend à se circonscrire, elle s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, elle est le siége d'élancements fréquents, elle reste dure et douloureuse à la palpation. En touchant par le vagin, on sent que l'utérus est un peu augmenté de volume et remonte au-dessus du pubis, que la tumeur située dans la fosse iliaque gauche fait corps avec la matrice, qui est fixe et immobile ; elle se prolonge dans le petit bassin et comprime le rectum, qui est rempli de matières fécales. Le col de

l'utérus est sain, non déplacé ; la tumeur que l'on perçoit à la région hypogastrique est formée en partie par l'utérus, qui remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis, et par un prolongement de la tumeur. Les vomissements ont cessé. Quelques nausées ; pas de selles. Le pouls est moins fréquent, assez développé; la chaleur de la peau est modérée. — Même prescription.

Le 30. — Le ventre est beaucoup moins douloureux, l'exploration de la tumeur devient plus facile ; celle-ci ne s'élève plus qu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic : elle se circonscrit; elle est moins douloureuse et reste dure. Pas de vomissements, les nausées ont cessé ; pas de selles. Sommeil assez tranquille; pouls peu fréquent, souple ; chaleur normale de la peau. — Même prescription.

Le 1er mai. — Le ventre est souple, à peu près indolent; la tumeur diminue de volume, la plus grande partie de la fosse iliaque est libre; la tumeur est profonde, peu douloureuse ; la région hypogastrique présente encore de la résistance, l'utérus s'élève à deux travers de doigt au-dessus du pubis; pas de selles, absence de fièvre. (Bain, lavement, cataplasmes.)

Le 3. — Le ventre est souple, indolent; on ne constate plus de tumeur à la région hypogastrique ni dans la fosse iliaque, mais on perçoit profondément un empâtement indolent et peu considérable. La malade a eu plusieurs selles liquides ; une assez grande quantité de suppuration était mélangée aux matières fécales. Pas de fièvre, appétit, état général satisfaisant. (Bain, cataplasmes, lavement ; potages.)

Le 5. — La malade n'a pas eu de nouvelles garderobes. On sent toujours dans le côté gauche un empâtement profond et indolent. — Même prescription ; une portion.

Le 7. — Dans la soirée du 6, la malade a eu quelques frissons et des envies de vomir. Les douleurs ont reparu dans le ventre, elles ont l'acuité qu'elles avaient au début. Ce matin on trouve le ventre tendu, douloureux à la pression ; on sent de nouveau dans la fosse iliaque et à la région hypogastrique une tumeur dure, douloureuse à la pression, qui remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic : cette tumeur est mal circonscrite. Soif vive, quelques envies de vomir ; pas de selles depuis deux jours ; les dernières garderobes contenaient un peu de pus. Le pouls est fréquent, assez résistant ; chaleur prononcée de la peau. (Saignée, 250 grammes ; bain, diète. — Couenne épaisse sur le caillot.

Le 8. — Le ventre est douloureux; chaleur, résistance assez prononcée dans la fosse iliaque gauche et à la région hypogastrique. La tumeur a repris son volume primitif; elle est le siége de douleurs lancinantes presque continuelles : soif assez vive; vomissements fréquents, se répétant toutes les fois que la malade boit ; pas de selles. Le pouls a perdu de sa force, il reste fréquent ; légère chaleur de la peau. La malade est agitée, de temps en temps elle

est prise de mouvements convulsifs qui se manifestent dans les membres et à la face. Céphalalgie intense; insomnie complète. (Julep avec 30 gram. d'huile de ricin et 6 grammes de gomme arabique; bain; bouillons.)

Le 9. — La malade a eu trois selles dans les vingt-quatre heures; les matières étaient liquides et mélangées à une certaine quantité de pus. Le ventre a perdu sa tension; il est moins douloureux à la pression. La tumeur est beaucoup moins volumineuse; elle est profonde et a le volume du poing, elle n'est plus le siége d'élancements. Le pouls est régulier, sans fréquence; chaleur légère de la peau. Les accidents nerveux ont cessé ainsi que les vomissements et les nausées. (Bain; potages.)

Le 10. — Le ventre est souple, indolent; on ne sent plus de tumeur évidente, mais on perçoit profondément un empâtement indolent, peu marqué; pas de nouvelles selles, pas de fièvre. La malade demande à manger. — Même prescription; une portion.

Le 12. — Pendant deux jours, l'état de la malade n'a pas varié, on sent toujours profondément dans le côté gauche un empâtement mal circonscrit; les douleurs sont nulles.

Le 13. — En sortant du bain, la malade, qui n'avait pas été à la selle depuis plusieurs jours, a eu une garderobe abondante qui contenait une assez grande quantité de pus. Le ventre est souple, indolent; on ne perçoit plus de tuméfaction dans le côté gauche; pas de fièvre. L'appétit est revenu; les digestions sont faciles. État général satisfaisant. (Bain; deux portions.)

Le 15. — Les douleurs ont reparu dans le côté gauche du ventre; elles sont exaspérées par la pression. On sent de nouveau une tumeur peu volumineuse et mal circonscrite à la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. Pas de selles depuis deux jours; pas de frissons, pas de fièvre. (Bains; 4 gram. de fleurs de soufre.)

Le 17. — Même état. La tumeur a repris une partie de son volume primitif; elle est le siége de quelques élancements. Pas de selles depuis quelques jours. — Même prescription.

Le 18 (1). — La malade a rendu par le rectum *une grande quantité de sang mélangé de pus; depuis* ce moment les douleurs ont cessé, le ventre est souple, indolent. La palpation détermine un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche, où l'on ne sent plus de tumeur; il reste dans ce point une résistance profonde, facile à percevoir. — Même prescription.

Le 20. — La malade ressent toujours quelques douleurs dans le côté gauche du ventre; on perçoit dans cette région une résistance profonde. — Même prescription.

Le 22. — Les garderobes contiennent une certaine quantité de pus. Le

(1) Il est à remarquer que c'est le 18 du mois précédent, époque de ses règles, qu'ont débuté les premiers accidents de cette récidive.

ventre est souple, indolent; on perçoit dans le côté gauche de l'abdomen une résistance légère et profonde; la palpation est indolente. Pas de fièvre. État général satisfaisant. — Même prescription.

Le 25. — La malade n'éprouve aucune douleur dans le ventre, où l'on perçoit toujours une résistance légère dans le côté gauche. Les selles ne contiennent plus de pus. *Les règles ont paru dans la soirée du* 24 (1); elles sont abondantes et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Le 30. — Les règles ont duré cinq jours; elles ont été aussi abondantes qu'aux époques précédentes. Pendant leur écoulement, la malade n'a ressenti aucune douleur dans le ventre; on perçoit toujours profondément une résistance indolente. Les selles sont régulières et ne contiennent plus de pus. La malade quitte l'hôpital le 31. La marche ne réveille pas les douleurs.

Ces inflammations des ligaments larges, dans lesquelles on doit ranger un certain nombre des observations trop complaisamment accumulées par M. Voisin sous le nom d'hématocèle (2) qui, en réalité, est une affection assez rare pour tous les observateurs un peu rigoureux dans leur diagnostic, ont beaucoup de symptômes communs avec les hématocèles et avec les pelvi-péritonites déterminées par le simple retentissement sur le péritoine pelvien de l'état pathologique des organes génitaux distendus par la rétention menstruelle. L'inflammation des trompes et du tissu cellulaire qui forme la charpente des ligaments larges, à laquelle participent presque fatalement non-seulement le péritoine, dans lequel sont contenues les annexes de l'utérus, mais même certaines parties de cette séreuse circonvoisine, débute quelques jours après une époque cataméniale dont l'excrétion n'a pu se produire. On voit alors, aux symptômes qui indiquaient la réplétion des trompes, succéder ceux qui caractérisent l'inflammation de ces parties et celle du tissu cellulaire ambiant, qui a une tendance presque irrésistible à se propager dans le tissu cellulaire périphérique du ligament rond, et de là au tissu cellulaire de la fosse iliaque. La légère tuméfaction que les trompes distendues formaient, d'une part dans la fosse iliaque, et de l'autre dans le cul-de-sac vaginal, devient plus tendue, plus chaude,

(1) Les règles, indiquées par des accidents le 18 avril, ont coulé quelques heures le 26 de ce même mois d'avril.

(2) Voisin, *Thèse citée.*

surtout plus douloureuse et douloureuse d'une autre façon. Augmentée de volume, cette tuméfaction ne peut être exactement circonscrite, non-seulement à cause des angoisses que toute recherche détermine, mais surtout parce que ces phlegmons accolés à la face postérieure des pubis ne font qu'une saillie peu appréciable dans les culs-de-sac latéraux du vagin, tant que la péritonite, qu'ils déterminent par voisinage, n'est pas venue accroître la tuméfaction dépendante de l'augmentation de volume du ligament large lui-même. J'appelle l'attention sur ce fait, qui peut-être paraîtra un véritable paradoxe, mais que j'ai maintes fois constaté surtout dans les phlegmons des ligaments larges suite de couches, dont l'étude est plus facile que celle des autres variétés. J'insiste sur cette particularité que les phlegmons des ligaments larges eux-mêmes sont peu accessibles par le toucher, qu'on ne trouve dans le cul-de-sac vaginal de tuméfaction bien manifeste que lorsque la péritonite circonvoisine du phlegmon a été assez intense, et que la plus grande partie de la tumeur alors appréciable au doigt explorateur est le fait de la péritonite. J'insiste aussi sur ce fait que, dans les phlegmons des ligaments larges, l'inflammation a une tendance pour ainsi dire irrésistible à se propager au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Il résulte de là que l'inflammation du ligament large se propage presque nécessairement, soit au tissu cellulaire qui recouvre le muscle iliaque, où alors son extension ne peut être appréciée par le doigt, soit au tissu cellulaire qui double le péritoine préabdominal, où alors la palpation permet de suivre, jour par jour, les progrès de la tuméfaction qui, cachée d'abord derrière le ligament de Fallope, vient ensuite s'étaler en un large plastron qui, comprenant une plus ou moins grande épaisseur des parois du ventre, persiste pendant des mois, lorsque le phlegmon se termine par l'induration. J'ai dû appeler d'une manière spéciale l'attention sur ces deux particularités des phlegmons des ligaments larges, parce qu'elles sont un des éléments les plus importants du diagnostic de ces affections, qui est si difficile à leur début. A cette époque, la pression, souvent même le simple contact, sont très difficilement supportés, parce qu'ils font renaître des élancements semblables à ceux des phlegmons sous-cutanés qui sont venus se joindre aux douleurs de distension dont la tumeur était primitivement le siége : mais, au bout de peu de temps, la souffrance cesse d'être limitée; elle s'irradie dans les parties voisines, qui bientôt, par contiguïté,

participent plus ou moins au travail pathologique, et en particulier le péritoine.

Les parois abdominales offrent alors une sensibilité et une rétraction morbide ; les cuisses sont parcourues par des fourmillements ; la miction devient fréquente et douloureuse ; la défécation est très pénible, et souvent même elle est empêchée ; enfin les intestins se ballonnent d'une manière plus ou moins marquée. En même temps que se manifestent ces troubles des parties voisines, l'inflammation donne lieu à une réaction générale caractérisée par du malaise, par l'inappétence, la soif vive, l'altération du facies et l'injection de la face, la fréquence et la plénitude du pouls, la chaleur et l'humidité de la peau. Ces derniers symptômes, qu'on rencontre dans tous les phlegmons, prennent de plus en plus d'intensité à mesure que l'inflammation progresse davantage.

Si les efforts de la matrice parviennent alors à faire cesser la rétention, l'épine inflammatoire enlevée, l'inflammation s'amende rapidement, et laisse seulement persister dans la partie malade une induration circonscrite qui disparaîtra elle-même au bout d'un temps plus ou moins long. Mais si, au contraire, le retentum ne peut s'écouler par l'orifice utérin, le travail inflammatoire suit son cours, le pus se forme, et une collection purulente occupe le ligament large ; dès lors diminuent la tension, la chaleur et la douleur, et la tuméfaction peut être circonscrite d'une manière assez exacte, mais on ne le fait qu'en déterminant encore une souffrance assez vive. L'examen de la fosse iliaque, le toucher vaginal, et mieux l'exploration simultanée de ces deux parties, permettent de constater une fluctuation de plus en plus manifeste, qui parfois est également perceptible par le toucher rectal.

Pendant cette période de suppuration, les troubles des parties voisines s'amendent : la sensibilité morbide et la rétraction des parois abdominales diminuent ; les fourmillements des cuisses sont moins marqués, les ténesmes vésicaux moins intenses ; la défécation est moins pénible, mais bien rare encore ; enfin le ballonnement des intestins disparaît. Les malades se trouvent mieux, mais éprouvent encore un état de malaise indéterminé ; les forces se perdent au lieu de se rétablir ; une sorte de langueur succède à l'excitation qui caractérisait le premier stade de l'inflammation ; le facies pâlit, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, l'anorexie et la soif

persistent ; le pouls perd de sa fréquence et de sa force, mais conserve encore un état fébrile continu auquel viennent se joindre des frissons irréguliers plus fréquents vers le soir. Si l'on n'incise pas alors le plus largement possible la partie fluctuante du cul-de-sac vaginal, cet état se prolonge, et quelquefois d'une manière funeste, jusqu'à ce que la nature ait amené l'ouverture spontanée de l'abcès.

Je n'oserais décider si la collection purulente peut être portée au dehors par les différentes voies qui ont pu servir à vider les abcès de la fosse iliaque ; mais on peut croire que les rapports qui existent entre la partie inférieure de la tumeur avec le vagin d'une part, avec le rectum de l'autre, doivent rendre sinon constante, au moins bien plus fréquente l'ouverture de l'abcès dans l'un ou dans l'autre de ces canaux excréteurs. Une fois produite, la fistule donne issue à la suppuration et au sang dont la rétention a déterminé le travail inflammatoire. L'étroitesse et l'obliquité du conduit de décharge qui, suivant Dupuytren (1), empêchent la pénétration des matières fécales dans le kyste purulent, deviennent cause ici de nouvelles recrudescences de l'inflammation. La fistule livre difficilement passage aux caillots sanguins, ils l'obturent, et alors on voit, comme dans l'observation précédente, tous les symptômes de l'inflammation, calmés, reparaître jusqu'à ce que ce dernier travail ait rendu de nouveau possible l'expulsion du corps étranger. Lorsque enfin les dernières parties du retentum ont été entraînées au dehors, la suppuration tarit, le kyste se resserre, et ses parois épaissies donnent lieu à une induration circonscrite plus ou moins persistante.

Mais lorsque l'affection doit ainsi se terminer heureusement, et ne point amener des accidents colliquatifs semblables à ceux qui sont indiqués dans l'observation XLII, au moment où la suppuration tarit, déjà depuis longtemps les troubles digestifs sont amendés, l'état fébrile a cessé ; les malades, convalescentes, reprennent peu à peu leur force et leur embonpoint. Le retour à la santé est durable, si l'état du col utérin a été avantageusement modifié par la maladie, mais surtout par le traitement qu'on a dû lui opposer. Les règles peuvent alors, à l'époque menstruelle suivante, s'écouler par la voie physiologique, et présenter de nouveau leur périodicité normale ; mais on a toujours à craindre de voir renaître, sous l'influence de

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, 2e édit., t. III, p. 533.

causes légères, l'état morbide du col qui a entraîné une première fois la rétention, et consécutivement l'inflammation du ligament large. Aussi est-il nécessaire, après avoir paré aux accidents de la rétention, de s'adresser à la cause qui l'a produite, et de tenter la guérison de l'état morbide, qui a déterminé une obstruction plus ou moins complète et ainsi a entravé l'excrétion cataméniale. Cette double indication, que présente la curation de toute rétention menstruelle, offre bien des difficultés, parce que le diagnostic de ces affections est, surtout au début, entouré de bien des incertitudes, et que le médecin, indécis, doit souvent s'abstenir d'une médication qui pourrait être heureuse, mais qui, en cas d'erreur, aurait les plus graves conséquences. Ces considérations me feront insister sur les diverses circonstances qui différencient les rétentions menstruelles des nombreuses affections avec lesquelles elles peuvent être trop facilement confondues.

DIAGNOSTIC.

Les différents états physiologiques ou morbides qui peuvent être confondus avec les rétentions menstruelles ont, les uns des symptômes analogues à ceux des premières périodes de cette affection, les autres à ceux des périodes d'état, d'autres enfin à ceux des dernières périodes, des périodes de terminaison. Il résulte de là une division pour ainsi dire forcée, à laquelle j'ai dû me conformer dans l'exposition du diagnostic différentiel des rétentions menstruelles, quoique je sois le premier à reconnaître qu'au lit des malades on ne trouve pas une séparation aussi tranchée que celle que je viens d'indiquer. Ce désaccord qui existe nécessairement entre la nature et nos descriptions, qui, par cela même qu'elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités, sont toujours artificielles, me forcera souvent à anticiper dans un paragraphe sur ceux qui suivront, ou à placer dans les dernières périodes des remarques qui auraient dû se trouver dans l'examen comparatif des premières.

§ 1. — Les premières périodes, caractérisées surtout par l'absence du flux cataménial, à laquelle s'adjoignent les signes de la réplétion des organes génitaux et de la réaction de ces organes, qui tendent à émettre au dehors le produit de la sécrétion non excrété, doivent être distinguées des différents états physiologiques ou mor-

bides qui entravent la sécrétion elle-même et qui s'accompagnent de congestion ou de phénomènes douloureux mensuellement périodiques, qui peuvent simuler les douleurs dysménorrhéiques. La nécessité de cette dernière condition permet tout d'abord d'éliminer du diagnostic toutes les aménorrhées dans lesquelles l'époque menstruelle n'est indiquée par aucun symptôme ou par des symptômes locaux peu marqués, ou dans lesquelles l'époque est indiquée seulement par des symptômes généraux. Malheureusement cette élimination n'empêche point qu'on éprouve souvent encore le plus grand embarras à poser le diagnostic, et qu'on hésite pendant un certain temps au début à affirmer qu'il y a une rétention menstruelle qui, comme nous l'avons dit, peut se manifester soit au moment de la puberté, soit au contraire lorsque déjà un nombre plus ou moins considérable de menstruations se sont succédé avant le début des accidents.

Dans le premier cas, une des plus grandes difficultés résulte de la circonspection méticuleuse que le médecin doit apporter dans son interrogatoire, et de la réserve extrême qu'il doit avoir de tout examen direct tant qu'il n'a pas acquis la certitude qu'il y a nécessité impérieuse de constater *de visu*, par le toucher et le cathétérisme, s'il existe ou non une malformation des organes génitaux qui s'oppose à l'excrétion menstruelle. La nécessité de cette réserve, à laquelle on doit attribuer notre ignorance à peu près complète des affections qui peuvent se rattacher à la transformation pubère, oblige malheureusement à une temporisation qui peut rendre funestes des opérations infiniment simples, qui eussent été bénignes si elles eussent été faites en temps opportun. Mais à cela il n'y a pas moyen d'obvier, parce qu'il faut, lorsqu'il s'agit d'une jeune fille, avant de demander une exploration, avoir la certitude qu'elle est absolument indispensable. Dans ces circonstances, les meilleurs éléments du diagnostic de la rétention menstruelle consistent dans la régularité du retour mensuellement périodique de douleurs expulsives, qui se présente chez une jeune fille qui offre tous les attributs de la puberté confirmée; l'accroissement, à chacun de ces accès dysménorrhéiques sans excrétion, de l'intensité des douleurs, qui, après un certain nombre de jours, se calment, mais incomplétement, et laissent persister une sensibilité morbide de la partie inférieure de l'abdomen, qui, après chacune des crises, reste

chaque fois plus tuméfiée. Lorsqu'on trouve bien tranchés ces caractères, qui ne se présentent réunis ni dans les congestions utérines symptomatiques de la chlorose, ni dans les accès hystéralgiques qui accompagnent parfois le développement de la puberté, il est de toute nécessité d'avoir recours à un examen direct, qui seul permet de décider si ces accidents sont le fait d'une rétention menstruelle, ou le fait d'une pelvi-péritonite qui peut se manifester dans ces circonstances, comme je l'ai observé avec mon ami M. Goupil dans le fait suivant.

Observation XLIV (1). — *Absence de maladie jusqu'à l'âge de treize ans. —A cette époque, douleurs abdominales violentes suivies de vomissements de deux jours de durée. — Depuis lors, retour irrégulièrement périodique des mêmes accidents, dépérissement graduel. — A l'âge de dix-sept ans, entrée de la malade à l'hôpital pour une péritonite pelvienne. — Absence d'imperforation ou de rétrécissement du canal vulvo-utérin. — Tumeur rétro-utérine. — Amélioration assez rapide, bien que les règles n'aient point et n'aient jamais parues.*

Le 7 novembre 1859, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Barth, actuellement fait par M. Goupil, salle Sainte-Monique, n° 15, Chapard (Marie), âgée de dix-sept ans, couturière. Cette jeune fille, pâle, chétive, d'une faible constitution, est si peu développée pour son âge, qu'elle a plutôt l'apparence d'une enfant que d'une jeune fille. On ne trouve cependant à noter qu'une légère saillie des articulations chondro-sternales qui rappelle le chapelet des enfants rachitiques. Mais les cheveux, d'un châtain clair, sont ternes, les chairs flasques, la peau d'un blanc terreux, les seins à peine développés, et l'on ne trouve que quelques poils très rares et grêles sur les pubis.

Elle est née d'un père qui est mort tuberculeux et d'une mère assez bien portante, mais d'une faible constitution; elle a un frère qui est comme elle d'une chétive constitution, mais assez bien portant, et une sœur aînée qui, elle, est bien portante et régulièrement réglée. La première enfance de cette jeune fille, passée à la campagne, a été assez bonne; elle a entendu dire seulement qu'elle avait été nouée dans les premières années de sa vie. A part cela, elle ne croit avoir eu aucune maladie, elle ne se souvient pas d'avoir été souvent souffrante jusqu'à l'âge de treize ans.

A cette époque, elle a été prise tout à coup de douleurs abdominales très vives, accompagnées au début de frissons, qui ont été suivies de vomissements

(1) Rédigée par M. Durante, interne du service de M. Barth.

et ont forcé la malade à garder le repos au lit pendant deux jours. Depuis lors les mêmes accidents sont revenus à des intervalles plus ou moins réguliers de huit ou quinze jours à un mois, intervalles qui étaient, semble-t-il, plus longs autrefois que dans ces derniers temps; mais il est impossible de le préciser, parce que l'intelligence bornée de cette enfant et de ses parents n'a point permis d'avoir des renseignements précis. Ces accidents étaient tantôt plus tantôt moins violents, et duraient soit un, soit deux jours. Après chaque crise l'enfant restait mal à l'aise, surtout, dit-elle, dans ces derniers temps. Sur les crises, qu'il serait si important de faire déterminer exactement, il est impossible d'obtenir d'autres renseignements précis que les suivants : que dans l'une d'elles, les religieuses du couvent dans lequel elle était placée il y a deux ans, lui ont appliqué sur l'hypogastre huit sangsues dont on retrouve les cicatrices très visibles, et que, en juillet dernier, à la suite d'une de ces crises, le médecin, qu'on avait fait venir, l'a envoyée à la campagne où elle est restée deux mois. Cette habitation à la campagne n'a modifié en rien, ni le retour des crises, ni l'état de santé chancelante qu'elle présente.

Jamais d'ailleurs on n'a aperçu aucune trace d'écoulement sanguin par la vulve; il existe seulement, lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, un écoulement leucorrhéique assez abondant, mais dont la malade n'avait pas connaissance avant qu'on le lui ait fait remarquer, et sur lequel elle n'a pu, par conséquent, fournir aucun renseignement; de sorte qu'on ne peut déterminer s'il date de la dernière crise ou du 5 novembre, depuis lequel elle est en proie à des accidents plus graves.

Le 5 novembre, huit jours après la dernière crise, dont elle n'était pas complétement remise, elle a été prise tout à coup, sans cause connue, de douleurs abdominales très vives, avec tension de l'abdomen, vomissements jaune verdâtre, et de frissons répétés. Ce sont ces symptômes, beaucoup plus graves que ceux qu'on observait dans les crises précédentes, mais pour lesquels on n'a fait aucun traitement, qui ont décidé les parents de cette jeune fille à l'amener à l'hôpital, où elle présente l'état suivant.

Le 7 novembre. — La malade est dans un état d'anxiété très prononcé; les yeux sont cernés; la figure colorée exprime la souffrance, mais sans présenter cependant cette altération profonde qui a lieu dans la péritonite généralisée. La malade se plaint très vivement de douleurs qu'elle éprouve dans tout le ventre, mais surtout dans la partie inférieure, et qui sont exagérées par la pression. L'abdomen est tendu, légèrement ballonné; l'hypogastre surtout est rénitent, mais cependant sonore à la percussion. On sent vaguement une rénitence arrondie dans la région sus-pubienne; mais la moindre pression, soit de l'hypogastre, soit de l'une ou de l'autre des fosses iliaques, est tellement douloureuse, qu'il est impossible de limiter plus exactement cette tuméfaction. La langue est couverte d'un enduit gris jaunâtre; inappétence, soif modérée,

vomissements bilieux. Pas de toux, pas d'expectoration. Le pouls, petit, faible, donne 120 pulsations. La peau est chaude, sèche. — Prescription : Gomme sucrée; cataplasmes et lavements laudanisés. Diète.

Le 8. — Le lendemain matin on ne trouve pas de changement notable dans l'état de la malade, si ce n'est que les vomissements bilieux, assez fréquents hier pendant toute la journée, ont cessé. Le toucher n'est pas pratiqué, à cause des douleurs vives qu'éprouve la malade. — Prescription : Limonade; glace; extrait thébaïque 0,15, partagé en vingt-quatre pilules, à donner une d'heure en heure; cataplasmes et lavements laudanisés. Vin de Bordeaux; bouillons.

Le 9 et le 10. — Les vomissements ne reparaissent pas; les douleurs spontanées diminuent et restent localisées à l'hypogastre, dont la pression est toujours très pénible. Plusieurs selles provoquées par des lavements simples. La peau reste sèche et chaude. Le pouls varie de 110 à 120. — Même prescription.

Le 11. — La malade éprouve un mieux sensible. La figure n'est plus anxieuse; l'appétit, bien que faible, est revenu; la langue est à peine recouverte d'un enduit blanchâtre. La peau est fraîche et le pouls a perdu de sa fréquence. Les douleurs spontanées sont rares et n'existent plus qu'à l'hypogastre et dans les fosses iliaques; mais la moindre pression provoque encore de vives douleurs qui empêchent de déterminer exactement la rénitence qui persiste à la région sus-pubienne, dans laquelle on croit vaguement sentir une tuméfaction qui remontrait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

L'examen des organes génitaux externes ne fait constater aucun vice de conformation : la membrane hymen existe complète, mais petite et très lâche; elle permet le toucher, qui fait constater que le vagin est petit, court, assez étroit, et que le col utérin petit, peu volumineux, assez peu mobile, regarde en bas et un peu en avant. On peut suivre cet organe jusqu'à son union avec le corps de l'utérus, qui est situé un peu plus en haut et en avant que le col, avec lequel il forme un angle de flexion assez prononcé. Le corps de l'utérus lui-même se distingue assez mal d'une tumeur arrondie, globuleuse, qui est située en arrière du corps et du col de l'utérus et qui vient proéminer dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Cette tuméfaction occupant tout le cul-de-sac postérieur, mais sans en diminuer beaucoup la profondeur, s'étend et remplit tout le cul-de-sac latéral gauche, tandis qu'elle est moins nette et moins prononcée dans le cul-de-sac droit; elle paraît se continuer et ne faire qu'un seul tout avec la tuméfaction, qui semble remonter jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tuméfaction n'offre au doigt explorateur aucune chaleur anormale; la moindre pression en est douloureuse; elle est lisse, assez tendue, offre une rénitence élastique, mais elle ne présente aucune fluctuation appréciable. Tout cet examen douloureux a été difficilement supporté par la malade. — Prescription : Limonade; vin de quinquina, 120 gram. Vésicatoire sur la fosse iliaque gauche. Une portion.

Les jours suivants, les douleurs spontanées diminuent de plus en plus, mais cependant reviennent encore à la moindre pression de l'hypogastre et des fosses iliaques. Le facies est normal, l'appétit est revenu. A la constipation a succédé un peu de diarrhée ; elle cesse après quelques lavements laudanisés. La fièvre est tombée. La malade se lève dans la journée, et la marche ne fait pas renaître de douleurs.

Le 29. — Quelques douleurs spontanées réapparaissent dans les deux fosses iliaques, s'accompagnent de malaise, d'un sentiment de fatigue à la région lombaire, mais sans fièvre ni vomissements.

Le 1er décembre. — La palpation abdominale ne dénote aucun changement dans la rénitence sus-pubienne. On trouve là une tuméfaction vague, arrondie, occupant la ligne médiane et s'étendant dans la fosse iliaque gauche ; elle remonte à peu près à trois travers de doigt au-dessus du pubis, mais sa limite supérieure ne forme pas une ligne nettement définie. Les mouvements imprimés à cette tuméfaction se communiquent directement au doigt explorateur placé dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Le toucher fait constater que le col est toujours régulièrement placé, petit ; que le corps, dont la face antérieure est concave, offrant une légère antécourbure, est, ainsi que le col, repoussé en avant par la tumeur qui est placée derrière l'utérus. Cette tumeur se distingue assez vaguement du corps et lui paraît adhérente ; elle descend dans le cul-de-sac postérieur en arrière du col, s'étend un peu dans le cul-de-sac latéral droit et à droite du col utérin, occupe tout le cul-de-sac latéral gauche, et présente même en un point de celui-ci une sorte de bosselure arrondie qui est plus douloureuse au toucher que le reste de la tumeur. Cette tuméfaction assez élastique est moyennement dure, peu mobile, très nettement distincte en avant du col par un sillon de séparation assez profond. Elle semble se continuer, comme nous l'avons dit, avec la tuméfaction rénitente qui émerge au-dessus du pubis, car les mouvements imprimés à l'une ou à l'autre des parties de la tumeur sus-pubienne ou rétro-vaginale se communiquent directement à l'autre. L'examen au spéculum fait constater que le col utérin, très petit, est d'un rose pâle, comme toute la muqueuse vaginale ; l'orifice du col, arrondi, admet exactement l'extrémité d'un hystéromètre, qui pénètre assez facilement et sans causer aucune douleur, la concavité tournée en haut et en avant. L'hystéromètre pénètre jusqu'à 4 centimètres et quelques millimètres. Cet examen au spéculum, qui avait causé à la malade de très vives appréhensions, n'a été que très peu douloureux et n'a pas été suivi du retour de douleurs, ni le jour de l'examen, ni dans les jours suivants.

Du 5 au 7. — La malade a éprouvé quelques douleurs assez vives à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche, mais sans réaction fébrile, ni tension de l'abdomen et sans diminution de l'appétit. Ces douleurs ont cédé sous l'influence du repos au lit et de l'application de cataplasmes émollients. Il persiste

seulement un peu de diarrhée, une ou deux selles par jour, liquides, non glaireuses et sans ténesmes.

Aujourd'hui 14. — Cette malade est encore à l'hôpital, l'amélioration continue. Il est à noter qu'elle ne présente à la percussion et à l'auscultation aucun signe de tubercules, mais qu'elle a un bruit de souffle vasculaire très intense. Les règles ne se sont pas produites, il n'y a même eu jusqu'à présent aucune apparence d'écoulement sanguin.

On trouve dans cette observation deux affections bien distinctes : la pelvi-péritonite qui a forcé la malade à entrer à l'hôpital et qui a été facile à caractériser ; l'autre très obscure, dépendant sans doute du travail de transformation qui se produit dans les organes génitaux au moment du développement de la puberté et qui paraît avoir déterminé par contiguïté l'inflammation de la séreuse pelvienne. Je ne m'arrêterai pas à énumérer les différents signes qui établissaient le diagnostic de cette dernière affection ; il suffit de lire l'observation pour n'avoir aucun doute. L'enchaînement des accidents, les caractères de la tumeur, l'absence de variations de consistance, permettent d'assurer que ce n'était pas une hématocèle, et par conséquent que la péritonite n'a point été la conséquence d'une migration du sang, soit de l'ovaire, soit des trompes oblitérées, dans la cavité abdominale. Mais il n'est pas possible d'aller plus loin et d'avoir une opinion certaine sur l'affection des organes génitaux procréatrice de la péritonite, qui depuis l'âge de treize ans a provoqué la série de crises irrégulièrement périodiques, caractérisées par des douleurs hypogastriques violentes, des vomissements, des frissons, et qui a rendu graduellement la santé de cette jeune fille de plus en plus chancelante. Cette lente détérioration, le retard de la puberté, les antécédents héréditaires, pourraient faire penser au développement de tubercules, soit dans les ovaires, soit dans les trompes ; cependant je ne crois pas qu'on puisse s'arrêter à cette opinion, non-seulement à cause de l'absence de tout signe de tuberculisation pulmonaire, mais à cause du temps très long écoulé depuis la première crise, qui eût été l'indice de la première poussée tuberculeuse, et le développement de l'inflammation de la séreuse pelvienne qui survient beaucoup plus tôt dans l'orchite féminine tuberculeuse, et qui d'ailleurs ne présente pas l'amélioration rapide observée chez cette jeune fille. Je crois également qu'on ne peut attribuer les accidents à l'imperforation congénitale d'une ou des

deux trompes qui existait dans l'observation de M. Besnier, parce qu'il semble que dans cette circonstance la marche de la pelvi-péritonite, symptomatique de cette distension, n'eût pas été aussi rapidement favorable que dans cette observation. On arrive par élimination à croire que les divers accidents éprouvés par cette jeune fille ont été le résultat d'une fluxion, soit de l'ovaire, soit des trompes, dépendante d'un travail d'ovulation avorté. On arrive à penser que dans ces derniers temps ce travail d'ovulation morbide plus intense a déterminé soit dans l'ovaire, soit dans la trompe gauche, un état inflammatoire, et consécutivement la pelvi-péritonite que nous avons observée, qui rappelle jusqu'à un certain point les orchites et les mammites que l'on voit parfois survenir chez les jeunes garçons, à la révolution pubère.

Mais ce n'est là qu'une simple supposition ; aussi ni Goupil ni moi n'avons-nous pu poser un diagnostic, quoique cependant l'absence de douleurs expulsives proprement dites, dans chacun des accès, nous ait fait, avant tout examen direct, éliminer l'idée d'un vice de conformation du canal vulvo-utérin. Cependant ce diagnostic négatif ne pouvait et n'a pu être certain qu'après une exploration directe, qui, lorsqu'elle est complète, ne laisse, et ne doit, en effet, laisser aucun doute.

Aussi cette observation fait-elle voir de la manière la plus évidente qu'en combinant avec la palpation abdominale le toucher, l'examen au spéculum et le cathétérisme, on arrive assez facilement à reconnaître les imperforations ou les rétrécissements congénitaux du canal vulvo-utérin. Elle fait voir aussi qu'on peut facilement le reconnaître avant que la distension des organes génitaux soit portée à un point extrême ; que malheureusement les malades attendent trop souvent avant de faire part au médecin des douleurs mensuellement périodiques qu'elles éprouvent, et de l'accroissement régulièrement intermittent de la tuméfaction abdominale, qui était devenue énorme dans les différentes observations que j'ai rapportées. Mais il n'en est pas de même lorsque l'oblitération siége à l'orifice des trompes, comme dans l'observation de M. Besnier (1), ou lorsque les accidents résultent de l'imperforation d'une des moitiés d'un utérus bicorne, comme l'observation de M. Decès. (2) Dans ces circonstances, les caractères des douleurs, leur retour mensuellement

(1) Obs. XXXI, p. 160.
(2) Obs. VIII, p. 59.

périodique, et l'augmentation par saccades de la tumeur ou des tumeurs latéralement accolées à l'utérus, peuvent faire soupçonner quelle est la cause de ces douleurs dysménorrhéiques stériles, mais ne permettent point de poser un diagnostic. Heureusement les faits de cette espèce sont complétement exceptionnels, et l'on peut par conséquent négliger, jusqu'à un certain point, d'en tenir compte dans la pratique ordinaire, qui ne donne même que très rarement l'occasion d'observer les imperforations congénitales les plus communes.

Les signes à l'aide desquels on arrive à reconnaître les imperforations congénitales servent également à établir le diagnostic des oblitérations ou des rétrécissements qui se produisent après la puberté. Il est en général plus facile dans ces circonstances, parce qu'il est presque toujours possible de demander immédiatement un examen direct, qui est d'autant plus urgent, que la temporisation est alors bien plus dangereuse que dans les vices congénitaux. Aussi, dès qu'après un accouchement, une maladie ou une opération, qui peuvent avoir pour résultat, comme dans les observations X, XI, XII et XIII (1), de déterminer une oblitération complète ou incomplète des voies génitales, on voit survenir des douleurs dysménorrhéiques violentes, et qui néanmoins ne sont pas suivies d'excrétion, il faut se hâter de procéder à une exploration directe qui lèvera tous les doutes, excepté toutefois lorsqu'il existera, comme dans l'observation de M. Menière (2), une oblitération des trompes, affection qu'il est impossible, quant à présent, de diagnostiquer. Mais il faut se souvenir qu'après les différentes affections qui peuvent être suivies de cicatrices vicieuses du canal vulvo-utérin, toutes les rétentions menstruelles ne sont pas cependant liées nécessairement à une oblitération ou à un rétrécissement; qu'elles peuvent reconnaître une tout autre cause, comme dans l'observation de rétention menstruelle survenue deux mois après les couches, rapportée par M. Dugès (3), que j'ai cru pouvoir me dispenser de transcrire parce que c'est le seul point intéressant qu'elle pré-

(1) Obs. X, p. 66; obs. XI, p. 71; obs. XII, p. 72; obs. XIII, p. 74; et observation de Goupil placée en note, p. 85.

(2) Obs. XXXII, p. 168.

(3) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II, p. 407.

sente. Cette observation, à laquelle je renvoie ceux qui voudront la consulter, établit que l'absence des signes d'une oblitération complète ou incomplète du canal vulvo-utérin ne peut infirmer le diagnostic d'une rétention menstruelle qui se manifeste dans les mois qui suivent un accouchement, lorsqu'il est indiqué par tous les signes que j'ai assez longuement décrits dans la symptomatologie pour n'avoir pas à les rappeler ici. J'ai cru pouvoir me dispenser d'autant plus facilement de rapporter cette observation, que le diagnostic ne présente rien de particulier dans ces circonstances.

Un diagnostic différentiel, bien plus important et bien plus difficile à établir, est celui des premières périodes de la rétention menstruelle et d'une grossesse commençante, dans laquelle survient, à l'époque cataméniale qui suit la conception, une congestion utérine assez intense et des douleurs qui simulent les douleurs dysménorrhéiques. Je n'ai pas besoin de dire que l'on ne peut ajouter qu'une confiance très réservée aux renseignements fort incertains que donnent les malades; que dans certaines circonstances la dénégation la plus formelle ne doit pas diminuer les doutes qu'on peut avoir ; ni enfin que l'existence de la membrane hymen (1), si elle est lâche et peu développée, ou présente quelques stigmates qui peuvent faire croire qu'après avoir été déchirée, elle s'est reconstituée par la cicatrisation de ses lambeaux (2), ne peut éloigner absolument la pensée d'une grossesse. D'un autre côté, les signes rationnels d'une grossesse, ainsi que les signes fournis par l'inspection des seins, peuvent manquer dans le premier mois, de sorte que leur absence ne permet pas de conclure qu'il n'y a pas gestation. On en est ainsi réduit à la comparaison des signes locaux, qui laisse souvent aussi dans une grande incertitude, lorsqu'il s'agit de discerner une rétention menstruelle d'une congestion de l'utérus imprégné de quelques semaines seulement, surtout lorsque c'est une première imprégnation, et que le développement de l'utérus antécourbé est bien plus marqué dans le fond que dans la partie attenante au col. Cependant on voit le plus souvent, dans ces congestions, se produire l'écou-

(1) Parent-Duchâtelet cite l'exemple d'une fille publique qui avait conservé sa membrane hymen dans un état d'intégrité tel que cela nécessita deux expertises médico-légales dans un procès fort singulier, que cette prétendue vierge avait intenté pour attentat fait à sa vertu inscrite depuis longtemps sur les registres de la police. (*Annales d'hygiène.*)

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, IMPERFORATION, t. XXIV, p. 133.

lement de quelques gouttes de sang; le col est plus largement ouvert, son développement plus régulier, l'augmentation de sa lèvre inférieure plus considérable; les artères plus pulsatives, la température plus élevée que dans les premières périodes des rétentions. On trouve surtout une sorte d'élasticité, de mollesse particulière de l'utérus gravide, qui est peut-être un des meilleurs signes du commencement de la grossesse, et souvent on constate déjà à cette époque, par l'examen au spéculum, une légère teinte violacée du col qui deviendra plus marquée ultérieurement. D'ailleurs les contractions utérines sont beaucoup moins marquées, n'ont pas le caractère spécial des douleurs dysménorrhéiques; enfin elles cesseront bientôt avec l'époque cataméniale, si la gestation doit suivre son cours normal.

Comme je viens de le dire, ce qui différencie surtout la rétention menstruelle de la grossesse, ce sont les douleurs dysménorrhéiques qui se manifestent dans la rétention, l'état de malaise, le trouble général, et les phénomènes nerveux qui accompagnent le trouble de l'excrétion cataméniale; tandis que ces symptômes manquent ou sont à peine marqués dans la congestion de la gravidité, dont les accidents se calment au bout de quelques jours, pour laisser subsister seulement les signes de la gestation. En général, ils ne reparaissent pas aux époques menstruelles suivantes, ou, s'ils se manifestent encore, le plus souvent ils perdent chaque fois de leur intensité à mesure que l'utérus perd l'habitude de la congestion périodique. Avec cette diminution des symptômes intermittents coïncident les changements graduels que les progrès de la grossesse impriment à la matrice, mais que je n'ai pas à énumérer. Aussi l'observation attentive des phénomènes permet-elle d'établir le diagnostic, sinon toujours à la première époque menstruelle absente, au moins à la suivante, lorsque surtout on voit apparaître alors quelques-uns des signes rationnels de la gestation, qui se rencontrent si exceptionnellement dans la rétention, qu'ils doivent, pour ainsi dire, être considérés comme exclusivement propres à la grossesse.

J'ai insisté sur la difficulté très réelle du diagnostic de la première période de la rétention et de la grossesse commençante, parce qu'elle peut, parce qu'elle doit même, dans certaines circonstances, imposer une temporisation nécessaire pour établir son jugement. Cette première période passée, le diagnostic me paraît devoir être facilement

posé lorsqu'on apporte à l'examen de ses malades une attention suffisante; aussi n'aurais-je point parlé du diagnostic différentiel des dernières périodes de la rétention et de la grossesse avancée, si non-seulement à une époque antérieure à la nôtre, mais tout récemment encore, on n'avait publié des observations dans lesquelles des hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion cataméniale ont été prises pour des rétroversions d'un utérus gravide de plusieurs mois. Je rapporterai deux exemples de ces erreurs de diagnostic, l'un de date assez ancienne (1812), que j'extrais de la thèse de M. Viguès (1), l'autre de date récente, publié en 1854, que je transcris textuellement de la thèse de M. Voisin (2), pour qu'ils puissent mettre à l'abri de semblables méprises. Je commencerai par le dernier fait, malheureusement suivi d'autopsie, et qui par conséquent ne laisse aucun doute sur l'erreur de diagnostic commise.

OBSERVATION XLV. — *Établissement difficile de la menstruation. — Douleurs dysménorrhéiques revenant régulièrement chaque mois depuis l'âge de quinze jusqu'à vingt et un ans, époque à laquelle a lieu la production du premier flux menstruel. — Depuis cette époque, menstruation chaque fois laborieuse. — Suppression des règles; environ cinq semaines après, tension de l'abdomen et coliques atroces pour lesquelles la malade entre à l'hôpital. — Constatation d'une augmentation de volume de l'utérus et d'une tuméfaction rétro-utérine qui fait poser le diagnostic suivant : Rétroversion d'un utérus gravide de cinq mois. — Ponction. — Mort. — Tumeur sanguine intrapelvienne. — Péritonite.*

Femme de trente-deux ans, ayant eu pour la première fois ses règles à vingt et un ans, après avoir souffert pendant six ans de douleurs et de coliques revenant périodiquement chaque mois.

Même aujourd'hui, la malade n'a que difficilement ses règles.

Elle vient à l'hôpital pour une suppression des règles depuis deux mois.

Il y a trois semaines, le ventre se tendit et la malade fut sujette à des coliques atroces.

Aujourd'hui, l'excrétion des fèces et la miction urinaire sont très pénibles. La malade est obligée de garder le lit; on emploie la sonde et des lavements.

---

(1) Viguès, *Thèse inaugurale*. Paris, 1850, p. 36.

(2) Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Extrait de *Vermischte abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft pratikes aerzte zu Petersbourg*. 8 *Sammlung*. Leipsick, 1854, traduction de M. Picard. (*Thèse inaugurale* de M. A. Voisin. Paris, 1858, p. 59.)

La vessie ayant été vidée, on sent derrière elle une tumeur lisse, ronde, sensible, immobile et difficile à limiter. Elle s'élève jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et semble s'étendre vers la vulve et le rectum. On sent par le toucher vaginal une demi-sphère fluctuante ; le col est à deux pouces au-dessus du pubis. On peut difficilement l'atteindre ; une sonde, introduite dans la cavité utérine, en sort couverte de mucus.

On ne sent ni les membres d'un fœtus, ni le bruit placentaire, ni le pouls fœtal.

Dans les douleurs très fortes, on crut pouvoir sentir des contractions pe intenses dans la tumeur vaginale.

Le diagnostic fut : *Rétroversion d'un utérus gravide au cinquième mois.*

Constipation de plus en plus opiniâtre, douleurs atroces, vomissements. On porta le trocart dans le vagin ; on ponctionna la tumeur ; il s'écoula à plein jet deux litres et demi de sang noir et fluide. Tous les symptômes d'étranglement cessèrent ; mais après deux jours, il se développa une péritonite intense qui emporta la malade en trois jours.

L'autopsie fait voir l'utérus dilaté, un énorme sac entouré de fausses membranes entre l'utérus et le rectum, contenant une livre de sang. Péritonite intense.

OBSERVATION XLVI (1). — *Suppression des règles datant de six semaines. — Orgie. — Métrorrhagie de six semaines de durée pour laquelle la malade entre à l'hôpital où l'on croit à une rétroversion de l'utérus gravide. — Tentatives infructueuses de réduction. — Ponction de la tumeur rétro-utérine par le vagin, qui donne écoulement à une livre d'eau sanguinolente. — Accidents graves auxquels la malade n'échappe qu'avec peine. — Guérison définitive trois mois après la ponction, lorsque les règles reviennent régulièrement.*

Une femme de vingt-trois ans, accouchée depuis plusieurs années, *a un retard de six semaines*, elle se croit enceinte. A la suite d'une orgie, elle éprouve une métrorrhagie, douleur aux aines, aux reins, sentiment de pesanteur au périnée, difficulté de la marche, constipation. Ces accidents augmentent, la perte dure six semaines. On rencontre dans le vagin un corps ferme, tendu, dont la grosse extrémité comprime le rectum, et la petite extrémité comprime la vessie, qu'elle appuie sur le pubis.

On diagnostique une rétroversion, on tente la réduction par l'introduction des doigts dans le vagin et le rectum. Le soir, tentatives infructueuses pour introduire un cathéter par l'orifice de la matrice, afin de crever les mem-

(1) Jourel, médecin à Rouen, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris*, n° 8, 1812.

branes. Le col, trop fortement courbé, s'oppose à cette manœuvre. On fit la ponction de l'utérus à travers la partie postérieure du vagin avec un trocart ordinaire; il s'écoula *une livre d'eau sanguinolente*, quantité qui semble supérieure à celle qu'indiquent les auteurs à cette époque de la grossesse. Aussitôt la matrice devint plus molle, le pouls moins fréquent et l'état général de la femme sembla s'améliorer. On ne crut pas devoir tenter immédiatement la réduction, la malade était trop fatiguée.

Le surlendemain, il s'écoula par le vagin beaucoup de liquide.

Le 17 septembre, quatre jours après l'opération, pouls petit, fréquent, face pâle, hypogastre douloureux au toucher; l'utérus est plus sensible; la difficulté d'uriner, qui avait disparu, revient; vomissements, prostration des forces; l'écoulement se supprime, il revient le lendemain; selles liquides. Les accidents se calmèrent les jours suivants, à l'exception de la grande faiblesse.

Le 22. — Il se manifesta des signes évidents d'adynamie avec écoulement grisâtre et putride par le vagin. Les toniques firent reparaître les forces les jours suivants; l'écoulement fétide ne revint plus que par intervalles. Ce ne fut que le 27 septembre que le col de la matrice, toujours recourbé, reprit sa place dans la partie moyenne du bassin.

Le 2 octobre. — L'organe avait son volume naturel, son orifice dirigé normalement, et l'écoulement par le vagin était beaucoup diminué.

La malade alla habiter la campagne pendant trois semaines, pendant ce temps et jusqu'au 25 décembre que ses règles reparurent; elle éprouva une tension douloureuse du ventre, des coliques passagères. Les selles étaient tantôt solides, tantôt liquides. Depuis l'éruption des règles elle a joui d'une bonne santé.

Ces deux observations, qui paraîtraient, à cause de la ressemblance à peu près complète qu'elles présentent, être pour ainsi dire calquées l'une sur l'autre, quoiqu'elles aient été publiées dans deux langues différentes, et à un intervalle de quarante ans l'une de l'autre, dans lequel cependant la connaissance des affections utérines a fait de très grands progrès, n'ont pas besoin, me semble-t-il, d'être commentées. Elles parlent d'elles-mêmes; elles indiquent que si l'erreur de diagnostic dont elles sont toutes deux un exemple est rigoureusement possible, puisqu'elle a été faite par deux médecins assez habiles, elle est néanmoins on ne peut plus facile à éviter. Il suffit, pour cela, de tenir compte de l'enchaînement des accidents et des caractères de la tumeur, qui sont assez tranchés pour qu'on doive s'étonner que dans ces derniers temps une hématocèle ait été prise pour une rétroversion d'un utérus gravide de cinq mois,

lorsque la suppression des règles ne datait que de deux, et qu'il n'y avait aucun signe réel de grossesse. Je n'insisterai pas plus longtemps sur ce point, parce que je crois qu'il n'y a pas actuellement en France un seul médecin instruit qui puisse commettre une erreur de diagnostic semblable. Il est à espérer qu'il en sera bientôt de même en Allemagne, si toutefois on ne s'y laisse pas séduire par l'emphatique, mais stérile programme de l'école gynécologique de Wurtzbourg (1), posant en principe que la gynécologie doit former une branche distincte de la médecine, pour l'amener à la prétendue perfection de l'ophthalmologie allemande; ce qui, heureusement pour les femmes, est complétement impossible.

Repassons le Rhin au plus vite, dans la crainte, si nous restions trop longtemps sur l'autre bord, de nous laisser aller avec tant d'autres à la spéculation des infiniment petits, quand la nature offre à étudier des altérations si grosses et si peu connues, dont la connaissance est de première importance pour pouvoir arriver, pendant la vie, à distinguer les unes des autres les différentes affections des organes génitaux féminins. Entre autres difficultés, une des plus ardues consiste à distinguer la rétention menstruelle de l'état morbide, soit de l'ovaire, soit de la trompe, ce que je n'essayerai pas de décider ici (2), qui surgit lorsqu'une circonstance accidentelle, au lieu de troubler l'excrétion menstruelle seulement, entrave la sécrétion cataméniale elle-même et détermine une sorte d'orchite féminine. La difficulté, dans ces circonstances, résulte de ce que dans l'une et dans l'autre de ces affections le début des accidents coïncide avec une époque menstruelle ; de ce que des causes semblables peuvent amener l'une ou l'autre ; de ce qu'il y a dans les deux absence d'écoulement sanguin ; et enfin de ce que ces deux affections, qui anatomiquement sont très différentes, ont pendant la vie un très grand nombre de symptômes communs, soit que l'état morbide de l'oviducte soit assez intense pour avoir un retentissement marqué sur le péritoine pelvien, soit au contraire que ce retentissement soit nul ou peu appréciable.

Dans le premier cas, survient une pelvi-péritonite dont les symptômes sont assez graves pour masquer les signes de l'affection de

(1) De Scanzoni, Introduction, traduction française, Paris, 1858.
(2) Voyez 3e mémoire, *Pelvi-péritonite menstruelle*.

l'ovaire, ou plutôt de la trompe qui l'a fait naître, et pour donner lieu bientôt à une tumeur qui offre, comme on l'a vu dans l'observation XXXVII (1), de si grandes ressemblances avec l'hématocèle, que des erreurs de diagnostic nombreuses ont été commises par des médecins ou des chirurgiens très expérimentés. Malgré, ou plutôt à cause de la difficulté de cette distinction, qui exige au préalable une connaissance complète de la pelvi-péritonite, je réserverai l'exposition de ce diagnostic différentiel pour le placer dans le troisième mémoire de ce volume, consacré à l'étude de cette affection. Mais je devrais tâcher d'esquisser du mieux qu'il me sera possible le diagnostic différentiel infiniment embarrassant de la première période de la rétention et de l'état morbide de l'ovaire ou de l'oviducte, lié à la suppression accidentelle de la sécrétion cataméniale, qui ne présente que peu de retentissement ou qu'un retentissement inappréciable sur le péritoine pelvien, et dont l'observation suivante me paraît un exemple.

Observation XLVII (2). —*Menstruation régulière jusqu'à vingt-deux ans. — A cette époque, suppression des règles déterminée le deuxième jour de leur écoulement par l'action de l'eau froide, qui se renouvellent à quatre menstruations consécutives. — Absence d'accidents le premier et le second mois. — Dans le courant du troisième mois, réapparition à deux reprises différentes d'un écoulement sanguin de six heures de durée. — Au quatrième mois, manifestation, le lendemain de la suppression des règles, d'une affection tubo-ovarienne qui occupe le ligament large gauche.—Guérison.*

Le 9 juillet 1859, entre à la Pitié, dans mon service, salle Notre-Dame, n° 39, Parent (Céline), âgée de vingt-deux ans, piqueuse de bottines, née à Paris, y demeurant rue de la Montagne-Sainte-Geneviève, mariée depuis quatorze à quinze mois.

Cette femme, grande, pâle, blonde, d'une constitution assez délicate, d'un tempérament lymphatique, a encore son père et sa mère, qui sont tous deux d'une bonne santé ; quatre frères ou sœurs, qui sont également tous quatre bien portants. Elle a été, dit-elle, d'une assez bonne santé pendant sa première enfance ; elle se souvient seulement qu'à cette époque de sa vie elle a eu de fréquents maux d'yeux. La menstruation s'est établie facilement sans douleurs, à l'âge de onze ans et demi ; depuis lors les règles, précédées chaque

(1) Voyez page 209.
(2) Observation recueillie par M. Brouardel.

fois pendant trois ou quatre jours de douleurs de reins légères, sont revenues régulièrement tous les vingt-huit ou vingt-neuf jours, en durent huit, abondantes, sans caillots, et laissent à leur suite un écoulement blanc très peu abondant, qui cesse au bout de quelques jours de durée. Depuis le développement de la puberté jusqu'à l'année dernière, elle a été sujette à des attaques de nerfs, que la malade désigne elle-même sous le nom d'attaques d'hystérie, et qui en présentaient tous les caractères ; il a été impossible de déterminer s'il y a eu concordance entre le mariage et la cessation des attaques d'hystérie, ou si elles ont cessé quelque temps après le mariage. Je dois noter que ces attaques n'avaient pas été modifiées par une pneumonie occupant le poumon droit, que cette femme a eu à l'âge de dix-huit ans et qui est la seule maladie dont elle ait été affectée.

Le mariage n'apporta aucune modification dans ses menstruations ; seulement quelque temps après, il y a juste un an, elle eut une perte assez abondante que la malade se refuse à considérer comme une fausse couche, parce que cette perte survint trois semaines après la fin d'une menstruation régulière, à l'époque exacte où auraient dû venir ses règles, et qu'au mois suivant la menstruation fut régulière. Malheureusement elle ne se rappelle point si au milieu du sang liquide existaient des caillots ; d'ailleurs s'il y en eut, ils n'ont pas été examinés, de sorte qu'on ne peut déterminer si cette perte indique ou non une fausse couche de trois semaines à un mois de conception.

Le mois suivant, comme je l'ai dit, les règles revinrent régulièrement et continuèrent d'être normales jusqu'au mois d'avril dernier, où elles ont été troublées par le fait de la malade, qui les arrêta le second jour de leur apparition en allant laver du linge. Malgré cette suppression, elle ne souffre pas pendant tout ce mois. Au mois suivant, les règles, après leurs prodromes habituels, paraissent à l'époque voulue, non douloureuses ; elles coulent abondamment le premier jour. Le second, cette femme fait comme le mois précédent, elle va au lavoir : les règles de nouveau s'arrêtent. Elles ne reparaissent pas pendant tout le mois, qui se passe comme le précédent, sans souffrance aucune. Au mois de juin, les règles reviennent régulièrement et coulent abondamment le premier jour ; le second jour, la malade les arrête encore en allant au lavoir. Cette suppression, pas plus que les précédentes, ne détermine de douleurs ; mais à deux reprises différentes, pendant le courant du mois, se produit un écoulement sanguin qui dure une demi-journée chaque fois. Malgré cela, les règles se présentent régulièrement le 2 juillet, après les douleurs de reins légères que la malade éprouve avant chaque menstruation ; elles coulent abondamment, elles restent normales toute cette journée. Le 3, la malade renouvelle son imprudence des mois derniers, elle va au lavoir, et, comme les mois précédents, l'écoulement se supprime. Le lendemain 4, elle fait une longue course à pied, elle va jusqu'aux Batignolles ; en revenant, elle sent dans le bas-ventre une douleur très vive, qui augmente pendant la marche, de manière à déterminer une

claudication assez marquée de la jambe gauche. Cependant cette femme se lève et fait son ménage le lendemain et les jours suivants; les douleurs augmentent par la station, mais surtout par la marche; elles augmentent à ce point que, le 8, elle est obligée de garder le lit. Elle met sur le ventre de grands cataplasmes émollients et fait des injections avec une décoction de feuilles de noyer. Les douleurs diminuent un peu par le repos au lit, jusqu'au moment où, le 8, elle a un rapport sexuel qui est très douloureux et suivi d'élancements aigus dans le côté gauche, qui de là se propagent dans les reins; ces douleurs persistent très intenses pendant plusieurs heures, après lesquelles elles commencent à se calmer, mais laissent persister celles qu'elle éprouvait avant le rapport sexuel, et pour lesquelles elle vient, le 9, demander son admission à l'hôpital, où nous la trouvons dans l'état suivant :

10 juillet. — Le facies de la malade porte l'empreinte de la souffrance, mais surtout de l'anxiété. Elle est pâle, les lèvres et les conjonctives sont décolorées; cette pâleur est en rapport avec un bruit de souffle très marqué que l'on trouve à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou.

La malade se plaint de douleurs vives occupant l'abdomen, surtout la partie inférieure, qui se réveillent spontanément, mais qui reparaissent plus violentes encore par les mouvements et la pression de l'abdomen; elles ont cependant beaucoup diminué d'intensité depuis qu'elle garde le lit, et en particulier depuis l'entrée à l'hôpital, où la malade est restée dans un repos absolu, de sorte qu'aujourd'hui, dit-elle, il ne lui reste plus, des douleurs vives qu'elle éprouvait d'abord, qu'un sentiment de pesanteur siégeant dans le côté gauche du bas-ventre. L'abdomen offre son volume et sa forme normale. Peu douloureuse dans la partie supérieure, la pression est très pénible à l'hypogastre, mais surtout dans la fosse iliaque gauche, où toutefois il n'est pas possible de constater l'existence d'une tuméfaction.

Au toucher vaginal, on trouve le vagin chaud, un peu humide. Le col utérin, régulier, assez volumineux, est porté en arrière. L'orifice régulier n'est le siége d'aucune ulcération perceptible au doigt. Le corps de l'utérus fait suite au col sans offrir aucune flexion; la matrice a subi un léger mouvement de rotation sur son axe, de telle sorte que la face antérieure regarde en avant et un peu à droite, ce dont on s'assure en refoulant les culs-de-sac et en suivant les bords de l'utérus, dont le gauche est un peu antérieur. L'utérus en masse est très légèrement augmenté de volume et de poids. Les mouvements qu'on lui imprime, en particulier le ballottement, sont douloureux et retentissent péniblement dans la fosse iliaque gauche.

Le cul-de-sac antérieur présente une sorte de bride un peu dure et douloureuse au toucher. La pression est surtout pénible dans le cul-de-sac gauche, qui offre une sorte d'empâtement qui est surtout appréciable dans la partie antérieure et externe; cet empâtement donne la sensation que présente une partie œdématiée, mais il est impossible de délimiter une tumeur. Le cul-de-

sac postérieur, diminué par la rétropulsion du col, est libre, la pression n'en est pas douloureuse; il en est de même du cul-de-sac droit, qui est parfaitement libre.

La miction est facile, non douloureuse. Constipation depuis cinq jours. Appétit modéré; pas de nausées ni de vomissements. Pas de signes de tubercules pulmonaires; pas de fièvre. — Prescription : Limonade; injections émollientes, cataplasmes; un bain, lavement simple. Deux portions.

Le 11. — L'état de la malade est le même, son facies est toujours anxieux. Les douleurs persistent semblables; le toucher donne les mêmes sensations, mais il est plus douloureux qu'hier. A la suite du lavement, il y a eu deux selles dont l'émission a été un peu douloureuse. — Même prescription, à laquelle on ajoute l'application de quatre sangsues sur le col suivie d'un bain.

Le 12. — La malade se trouve très soulagée depuis les sangsues, qui ont donné un écoulement de sang assez abondant qui persiste encore.

Le 13 et le 14, on trouve encore sur la chemise quelques gouttes de sang, d'un rouge pâle, semblables à celles qu'on voit à la fin de la menstruation. La perte de ces gouttes de sang, assez peu nombreuses, a eu lieu d'une manière insensible pour la malade qui, dit-elle, ne souffre plus depuis l'application des sangsues sur le col, dont on a profité pour constater que cet organe ne présentait pas d'ulcérations.

Le 18. — La malade se trouve bien; la migraine à laquelle elle a été en proie le 15 et le 16 était disparue hier. Elle ne souffre pas, et ce n'est qu'à grand'peine qu'on obtient d'elle qu'elle gardera le repos absolu au lit. La pression de la fosse iliaque gauche est encore un peu pénible; mais pour la malade, cette sensation, facilement supportée, n'est pas comparable à celle que lui faisait éprouver l'examen des premiers jours. Au toucher, non-seulement le col, mais l'utérus, sont manifestement moins gros qu'aux premiers examens. La légère rotation de l'utérus a complétement disparu, le bord gauche est revenu sur le même plan que le bord droit, et le col n'est plus reporté en arrière. Cependant le cul-de-sac gauche est moins libre que celui du côté opposé; quoiqu'on ne puisse pas déterminer l'existence d'une tumeur et que la sensation d'œdème ait disparu, il présente une sorte d'empâtement vague. Le cul-de-sac postérieur, plus grand, laisse aujourd'hui facilement sentir la face postérieure de l'utérus qu'on n'avait pu explorer au début. Pas d'écoulement. — Prescription : Vin de quinquina, 125 grammes; un bain. Trois portions.

Le 20. — La malade s'est levée hier, malgré la recommandation expresse de garder le repos au lit, elle est même restée levée assez longtemps; elle n'a pas éprouvé de douleur, la marche n'en rappelait pas. Elle veut, malgré les observations qu'on lui fait, sortir de l'hôpital. Elle ne s'y est pas représentée depuis sa sortie.

Le diagnostic différentiel de la première période de la rétention menstruelle et de l'affection tubo-ovarienne, assez mal définie, qui surgit lorsqu'une cause accidentelle est venue troubler la sécrétion cataméniale elle-même, est excessivement difficile, ainsi qu'on peut le voir, non-seulement par l'observation précédente, mais par quelques-unes de celles qui seront rapportées dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite, notamment la deuxième observation, dont le diagnostic est confirmé par l'autopsie. Ce diagnostic repose sur les différences que présentent les douleurs ressenties par les malades, les sensations données par le toucher, enfin la terminaison des deux affections, qui souvent ont été tellement analogues pendant leur cours, qu'on n'arrive malheureusement à une opinion certaine qu'au moment où elle n'est plus que d'une utilité douteuse pour les malades, qui auraient eu besoin qu'on pût la formuler plus tôt. L'élément le plus important de ce diagnostic consiste dans la différence des douleurs éprouvées par les malades, qui dans la rétention se manifestent aussitôt l'arrêt brusque de l'écoulement, sont alors caractérisées par une sensation de gêne, de pesanteur intra-pelvienne à laquelle viennent bientôt se joindre des douleurs expulsives. Celles-ci ont, pour toutes les malades qui ont été mères, un cachet spécial tel, qu'au début, elles leur rappellent les premières douleurs de la parturition, et un peu plus tard celles d'une période plus avancée du travail de l'accouchement. Dans la tubo-ovarite, au contraire, il s'écoule toujours un certain temps entre le trouble de la sécrétion et le début de la douleur, qui paraît alors se rapprocher, autant du moins qu'on peut en juger par la description donnée par les malades intelligentes, de la douleur qui existe au début de l'orchite chez l'homme, c'est-à-dire avant la période de distension de la tunique vaginale. La douleur, plus limitée dans la tubo-ovarite que dans la rétention menstruelle, se trouve localisée à la région sus-pubienne et dans l'une des fosses iliaques où elle a son summum d'intensité bien marqué. Semblable d'abord à la douleur de l'orchite au début, elle prend bientôt le caractère de la douleur péritonitique, s'exagère alors à la pression abdominale ou vaginale, mais sans que ces explorations excitent les douleurs expulsives caractéristiques de toute réplétion utérine, qui manquent complétement dans les troubles de la sécrétion cataméniale elle-même, bien que ces troubles puissent offrir des crises de souffrances spontanées ou provoquées, mais qui

n'ont point le caractère particulier, propre aux tranchées utérines.

C'est également dans la partie antérieure du cul-de-sac vaginal correspondant à la fosse iliaque où siége le summum d'intensité de la douleur, et dans la partie attenante du cul-de-sac antérieur qu'on trouve au toucher, et limité à cette partie antérieure seulement, l'empâtement vague, mal dessiné, caractérisé par une sensation analogue à celle de l'œdème aigu, inflammatoire, qui révèle au doigt explorateur l'existence de la tuméfaction dont le ligament large est devenu le siége, et qui imprime à l'utérus un léger déplacement postéro-latéral. La tuméfaction qui a lieu dans la première période de la rétention n'est pas ainsi localisée; elle est surtout le fait de l'augmentation de volume de l'utérus, qui paraît plus globuleux, présente une sorte d'érection contractile, qui devient surtout marquée quand, sous l'influence du toucher, reparaissent les douleurs expulsives que suscite toute exploration directe.

Cependant il faut dire que tous ces caractères, dont les plus importants sont ceux des douleurs, ne peuvent réellement permettre de poser avec certitude un diagnostic, et qu'on doit le plus souvent le laisser indécis dans les premiers jours, mais en remplissant les indications thérapeutiques qui se présentent, et qui heureusement sont presque toujours les mêmes dans ces deux affections, parce qu'elles inspirent toutes deux la crainte de voir survenir par contiguïté une inflammation du péritoine pelvien. Lorsque celle-ci est survenue et qu'elle offre une assez grande intensité, les symptômes auxquels elle donne lieu, masquent pour un temps ceux de l'affection qui l'a fait naître, et l'on ne peut arriver au diagnostic de celle-ci que lorsque après l'amendement de la pelvi-péritonite, se produit la solution de l'état morbide des organes génitaux eux-mêmes. On a alors, pour distinguer la solution de la rétention menstruelle, l'excrétion laborieuse de caillots et de sang altéré par son séjour plus ou moins prolongé dans les cavités qui le contenaient, tandis que dans la tubo-ovarite il n'y a pas d'écoulement sanguin, ou s'il se produit un écoulement qui sert de crise à la congestion dont l'utérus était le siége, il n'est pas accompagné de douleurs expulsives, et le sang qui le constitue n'est pas altéré. Aussi est-il possible, à cette époque, d'asseoir un jugement, lorsque toutefois on a assisté à toute la série des accidents, ou lorsque le récit circonstancié des malades permet d'établir l'enchaînement qu'ils ont présenté; ce

qui, comme je l'ai souvent répété, est bien plus important encore pour le diagnostic des affections des organes génitaux féminins que le toucher lui-même, qui est trop souvent aveugle, lorsqu'on n'a pas, pour l'éclairer, l'histoire complète et détaillée de tous les antécédents des malades.

On s'étonnera peut-être de me voir revenir sans cesse sur ce point; mais c'est que j'ai l'intime conviction que la connaissance des maladies des femmes n'est restée si imparfaite que parce qu'on n'a pas assez patiemment étudié les filiations qui existent entre les différentes affections qu'elles peuvent offrir, et encore moins leur dépendance des maladies diathésiques dont elles procèdent. Cela exige, il est vrai, qu'on soumette chaque malade à un long et pénible interrogatoire, et qu'on étudie avec un soin méticuleux, non-seulement tous les signes actuels de chaque jour, mais tous leurs antécédents, comme nos prédécesseurs immédiats ont fait pour les affections pulmonaires. C'est un long et pénible labeur, mais indispensable, si l'on veut faire sortir les connaissances gynécologiques du vague qu'elles présentent; pour cela, il devient absolument nécessaire que toute description soit tracée à l'aide d'observations assez minutieusement recueillies pour que le diagnostic de chacune d'elles puisse être contrôlé, et nécessaire aussi de rester dans le doute, d'avouer l'insuffisance des documents dans toutes les questions où les observations manquent ou sont équivoques. Cette raison me fera passer sous silence le diagnostic différentiel de la rétention menstruelle et des aménorrhées congestives symptomatiques de la métrite chronique partielle, dont l'existence ne me paraît pas mise hors de contestation; je dirai même plus, dont l'existence me paraît problématique, parce que les observations rapportées par M. Verjus (1) me semblent mériter une tout autre interprétation que celle qu'il leur a donnée. Je ne nie point l'existence de la métrite parenchymateuse chronique à laquelle appartient un certain nombre des tuméfactions du col et du corps de la matrice ou de l'une de ces deux parties isolément, mais ce n'est pas à cette affection que se rapporte la description de la métrite chronique partielle tracée par les élèves de M. Gendrin (2). Je n'ai donc point à

(1) Verjus, *Thèse inaugurale*. Paris, 1844.
(2) Verjus et Satis, *loc. cit.*

me préoccuper de celle-ci ; j'ai dû m'abstenir aussi de parler des engorgements d'origine inflammatoire, parce que ces métrites parenchymateuses chroniques vraies, légitimes, au lieu d'entraîner l'aménorrhée, ont au contraire, comme symptôme fréquent, des métrorrhagies, et que, lorsqu'elles déterminent des troubles de la menstruation, elles entravent l'excrétion et non la sécrétion cataméniale.

§ 2. — Les considérations qui m'ont empêché d'essayer le diagnostic différentiel de la métrite chronique partielle me feront bien plus encore négliger celui de la métrite parenchymateuse aiguë, c'est-à-dire de la phlegmasie utérine proprement dite, qui, par la symptomatologie qu'on en a tracée, reproduit et devait reproduire fidèlement le tableau morbide de la rétention menstruelle confirmée, puisqu'il ressort de la lecture de l'histoire de la métrite parenchymateuse aiguë non puerpérale, donnée par M. le professeur Chomel (1), que sa description qui est la meilleure de toutes, a été presque uniquement basée sur des observations de rétention menstruelle. Je n'irai pas jusqu'à mettre en doute d'une manière absolue l'existence de la phlegmasie utérine, mais je crois que si elle existe, abstraction faite, bien entendu, des inflammations aiguës du parenchyme utérin puerpérales ou traumatiques, qui ne sont pas en cause, elle est du moins infiniment rare, si rare, que j'ai à répéter après mon honorable ami M. Cazeaux (2), que, comme lui, je n'en connais aucune observation probante. Une seule fois j'ai cru en voir un exemple, parce que la malade présentait bien complet l'ensemble de symptômes indiqué par M. Chomel, mais je n'ai pu en recueillir l'observation, parce que cette malade se prêtait très mal à tout interrogatoire et plus mal encore aux explorations attentives, il est vrai, infiniment douloureuses, qui eussent été nécessaires pour assurer mon diagnostic. Je dois même ajouter qu'il m'est resté l'arrière-pensée que cette femme s'était laissée aller, à cause d'un retard de quelques jours de la menstruation, à quelques tentatives d'avortement pour une grossesse qui n'existait pas, et que c'est cette raison qui la rendait si réfractaire à l'observation, et qui lui a fait, aussitôt après le

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XXX, p. 222 et suiv.

(2) Cazeaux, *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 28 juin 1854, t. XIX, p. 853.

premier amendement de ses douleurs, demander sa sortie du service de mon cher maître M. Piédagnel, dans lequel elle se trouvait en 1847. Ce que je viens de dire fait facilement comprendre que j'ai dû m'abstenir d'esquisser le diagnostic différentiel de la phlegmasie utérine, puisqu'il eût fallu pour cela considérer comme légitime la symptomatologie qui résulterait de l'analyse d'observations de métrites puerpérales et traumatiques, qui serait aussi inexacte que la description de la pneumonie basée sur des observations d'inflammations du poumon consécutives à un coup d'épée ou symptomatiques de la fièvre typhoïde. Pour pouvoir tenter le diagnostic différentiel de la phlegmasie utérine, il faut que son existence ait été au préalable mise hors de contestation par un certain nombre d'observations bien et dûment recueillies. Jusque-là son existence restera problématique, et tout ce qu'on peut dire, c'est que si elle existe, elle est au moins aussi rare que la gastrite aiguë spontanée, indépendante de l'ingestion d'une substance caustique, dont tous les auteurs classiques d'une époque encore peu éloignée de nous se croyaient obligés de donner une description toute théorique. J'ai dû entrer dans tous ces détails pour expliquer pourquoi je n'acceptais pas les descriptions hypothétiques qu'on a tout récemment encore essayé d'esquisser de la phlegmasie utérine (1), qui me paraissent comparables à celles de la gastrite tracée par l'école du Val-de-Grâce, et qui ne peuvent par conséquent servir de base à un diagnostic différentiel.

J'ai tout à l'heure, en parlant des difficultés du diagnostic de la métrite parenchymateuse aiguë, signalé la perplexité dans laquelle laisse le défaut de renseignements quand il s'agit d'établir qu'il y a eu un avortement ou des tentatives criminelles d'avortement; elles se retrouvent nécessairement, les mêmes lorsqu'il faut poser le diagnostic d'une rétention menstruelle et d'un travail abortif survenant au deuxième ou troisième mois de conception. Cependant je dois dire que le plus grand nombre des malades, inquiètes de l'intensité des douleurs expulsives qu'elles éprouvent, arrivent à avouer les craintes qu'elles avaient d'être enceintes, en dissimulant seulement les moyens qu'elles ont pu mettre en œuvre pour rappeler leurs règles. Il résulte de là que les renseignements

(1) De Scanzoni, *loc. cit.*, p. 133 et suiv. — Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, p. 67 et suiv. Paris, 1860.

obtenus sur la cause de l'aménorrhée, l'absence des signes rationnels d'une grossesse, le défaut de signes mammaires, constituent un ensemble de probabilités qui donne un certain degré de certitude en faveur d'une rétention, lorsque surtout les accidents éprouvés à la première période menstruelle absente étaient bien caractérisés et lorsqu'une partie de ces symptômes amendés ont persisté après cette époque, et laissé la malade dans un état de souffrance qui est tout autre que celui qui s'observe après le trouble apporté au début de la gestation par des congestions mensuellement périodiques. D'ailleurs les signes précurseurs d'un avortement ne sont pas les mêmes que ceux de la distension dont les organes génitaux deviennent le siége, lorsqu'une nouvelle sécrétion menstruelle vient s'ajouter à celle qui déjà le mois précédent n'a pas été excrétée ; alors non-seulement la tuméfaction utérine augmente, mais on voit se manifester de chaque côté de cet organe une turgescence des ligaments larges qui est perceptible au toucher dans les culs-de-sac latéraux du vagin. De plus, dans la rétention cataméniale, le col utérin, plus ou moins augmenté de volume, n'offre pas l'élasticité particulière à la grossesse ; d'abord imperméable au sang menstruel dont le départ va avoir lieu, il ne présente pas, lorsque cet écoulement se produit, la dilatation partielle, le ramollissement spécial caractéristique d'un avortement imminent. Dans un avortement, le travail expulsif donne lieu presque immédiatement à l'écoulement d'un sang rouge, qui bientôt s'échappe abondamment par une large dilatation du col ramolli, tandis que dans la rétention le travail expulsif, bien autrement douloureux et prolongé, ne détermine au début la sortie que de quelques gouttes de sang altéré, que les contractions utérines expriment péniblement par l'étroite filière d'un col plus ou moins induré. Enfin le flux abortif entraîne, au milieu de nombreux caillots de formation toute récente, l'œuf plus ou moins reconnaissable qui fait cesser tous les doutes; dès lors les symptômes locaux diminuent pour disparaître bientôt, si toutefois des accidents puerpéraux, que je n'ai pas à indiquer, ne se manifestent point dans les jours suivants.

En dehors de cette circonstance, les troubles morbides qui suivent une parturition prématurée sont surtout causés par la perte de sang que la malade a éprouvée, tandis que le flux qui termine la rétention, incapable par lui-même d'altérer la composition du sang, n'entraîne point à sa suite de semblables accidents. Au lieu de ceux-ci, on voit

assez souvent, après la solution de la rétention, persister les signes des altérations que la présence anormale du sang a déterminées par son séjour prolongé. L'examen comparatif que je viens de présenter de la rétention menstruelle confirmée, et des symptômes d'un travail abortif survenant au deuxième ou au troisième mois de la gestation, montre que le diagnostic différentiel n'est pas, en somme, très difficile. Si j'y ai insisté aussi longtemps que je l'ai fait, c'est qu'on risque d'être très facilement induit en erreur par le récit mensonger de certaines malades qui ont intérêt à tromper, et qu'on aurait un véritable remords d'avoir favorisé par inadvertance un avortement qu'on doit tâcher d'empêcher par tous les moyens possibles, qui sont complétement opposés à ceux que réclame la rétention menstruelle confirmée.

Il semblerait, à première vue, que cette affection ne peut être confondue avec un cancer utérin; qu'il y a entre ces deux affections de telles dissemblances, qu'une erreur de diagnostic est impossible : cependant elle peut avoir lieu, lorsque surtout la rétention menstruelle a déterminé le passage du sang dans le péritoine, et par là déterminé une hématocèle. J'avoue avoir fait une semblable erreur de diagnostic; je transcris textuellement le passage de mon mémoire de 1848 dans lequel j'ai raconté le fait (1). « Je crois cette erreur assez facile, » parce qu'il n'y a pas longtemps qu'il m'est arrivé de la commettre, » malgré la tendance que je puis avoir à reconnaître des rétentions » menstruelles dans des cas où elles n'existeraient pas. Malgré cette » tendance, malgré un examen fait avec toute l'attention dont je » suis capable, j'ai conclu à l'existence d'un cancer utérin, contra- » dictoirement à l'avis de mon collègue et ami M. Boucher, qui » était le médecin traitant. Mais fort heureusement mon diagnostic, » qui était également celui d'un chirurgien très distingué des hô- » pitaux (M. Chassaignac), appelé en consultation avant moi, fut » erroné; depuis plusieurs mois la malade a pu quitter son lit » de douleurs et jouit d'une assez bonne santé. » Cette erreur de diagnostic, je ne suis pas seul à l'avoir faite; M. Nélaton l'a commise presque immédiatement après la publication du mémoire dans lequel se trouve le passage que je viens de transcrire, et qu'il connaissait, puisque je le lui avais moi-même porté. Malgré cela,

(1) G. Bernutz, *Arch. gén. de médecine*, 1er février 1849, 3e série, t. XIX, p. 199.

comme je viens de le dire, il n'a pas été plus heureux que moi, ainsi qu'on peut en juger par son propre récit (1).

« En 1849, il se présenta dans notre service à l'hôpital Saint-Antoine une femme pâle, anémique, comme cela est fréquent dans » les affections organiques. La tumeur contenue dans le petit bassin » était volumineuse; la fluctuation n'était pas très nette; bref, le » diagnostic était douteux pour moi. Cependant j'avais une grande » tendance à croire qu'il s'agissait là d'une tumeur encéphaloïde; » aussi considérant cette malade comme perdue, je ne voulus rien » tenter pour la guérison. Dans la même semaine une autre malade » se présente dans nos salles, offrant la même série de symptômes » que la précédente; mais cette fois mon attention était éveillée sur » ce sujet: j'avais réfléchi au fait précédent; la malade était d'ailleurs » plus jeune, la tumeur plus molle et plus fluctuante. Je me décidai » à pratiquer une ponction. Si, en effet, nous avions affaire à un » encéphaloïde, la ponction était indifférente; si, au contraire, il » s'agissait d'un kyste, d'un abcès, elle pouvait être utile. La ponction donna issue à un verre de sang liquide, noirâtre. La malade » fut notablement soulagée, les symptômes graves s'amendèrent » rapidement, les forces revinrent peu à peu; enfin la malade fut » complétement guérie au bout de quelque temps. »

Enfin j'ai assisté, l'année dernière (1858), à l'autopsie d'une femme qui était entrée mourante à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon excellent collègue et ami M. Boucher, pour laquelle son interne, qui était un élève excessivement distingué, avait posé le diagnostic de cancer utérin. A l'ouverture de l'abdomen, nous avons trouvé que la tumeur, qui inférieurement proéminait dans le vagin en arrière du col, et qui supérieurement formait au-dessus du pubis trois bosselures rénitentes rappelant la configuration des hématocèles, était un kyste rempli de pus crémeux, verdâtre, dont les parois péritonéales avaient une consistance fibreuse. Ce dernier fait prouve que même aujourd'hui, en l'absence d'antécédents qui, dans ce cas, ne pouvaient être fournis par la malade, et lorsqu'il est impossible, par des explorations répétées, de s'assurer que la tumeur n'est pas inhérente à la matrice, mais y est seulement intimement adhérente, l'erreur de diagnostic en question peut avoir lieu, et doit

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 710.

être difficilement évitée par ceux qui se sont trouvés dans l'impossibilité d'acquérir une suffisante habitude du toucher.

En effet, la tuméfaction des organes génitaux qui résulte de la rétention menstruelle peut, surtout lorsqu'elle survient chez une femme d'un âge mûr, être attribuée au développement de productions cancéreuses, et cela à trois époques distinctes de son existence. Cette méprise peut avoir lieu à la première ou à la seconde époque cataméniale sans excrétion, lorsque la rétention a donné lieu à une simple distension des organes génitaux ; à cette époque, ou à une époque un peu plus éloignée, lorsque la distension plus considérable a fait naître un suintement sanguin, une sorte de flux par regorgement ; enfin lorsqu'une partie de la sécrétion non excrétée s'est déversée des trompes dans l'abdomen et a ainsi produit une hématocèle. Je ne m'étendrai pas longuement sur les chances d'erreurs qui peuvent exister dans le premier cas, parce qu'il est rare qu'à cette époque on formule avec précision le diagnostic de cancer. Je me contenterai de rappeler qu'un cancer du col peut, au même titre que toute autre augmentation de volume de cet organe, produire un rétrécissement de ses orifices, et consécutivement entraver l'excrétion, comme dans l'observation XXII (1), et l'entrave même assez souvent, mais que la fréquence de cet épiphénomène dans le cancer ne peut néanmoins, alors qu'il se présente à l'âge où le développement des affections organiques est le plus commun, faire conclure à leur existence. Il faut, pour qu'on puisse poser ce diagnostic, qu'on trouve dans les antécédents de la malade, dans son état général, mais surtout dans les signes fournis par une exploration attentive de la tuméfaction pelvienne, du col et du bas-fond de l'utérus en particulier, des éléments de jugement qui permettent d'assurer, ou seulement de soupçonner avec beaucoup de probabilités que l'induration du col qui met obstacle à l'excrétion est de nature maligne. Sans cela on doit rester dans le doute le plus absolu, remplir les indications pressantes qui résultent de la rétention, mais attendre, pour se prononcer sur la nature de l'augmentation de volume du col, procréateur de l'épiphénomène rétention, qu'il existe des signes qui révèlent de quelle nature est cette hypertrophie. C'est assez sur ce point, parce qu'il n'y a pas de médecin

(1) Page 114.

prudent qui, surtout à l'époque de la ménopause, se risque, lorsque les accidents datent de quelques jours seulement, à formuler le diagnostic fatal de cancer, à moins qu'il n'ait trouvé au bout de son doigt les signes irrécusables de cette affection, qui parfois reste très longtemps sans être annoncée par aucun trouble fonctionnel.

Mais la temporisation ne permet pas toujours de poser plus facilement le diagnostic ; la difficulté augmente plutôt que de diminuer, lorsque la persistance de la rétention, non-seulement amène, après une crise de douleurs, l'expulsion d'une partie du sang altéré contenu dans les organes génitaux, mais donne lieu, à la suite de cette évacuation incomplète, à un suintement sanguin continu d'une triste couleur. La difficulté existe surtout, si, chez une femme d'une quarantaine d'années, dont la constitution est assez profondément détériorée par la longue persistance de ses souffrances et des troubles fonctionnels auxquels elle est en proie depuis plusieurs mois, on n'a pas assisté au début de l'affection, si l'on n'a pas été témoin du retour mensuellement périodique des douleurs expulsives, du calme incomplet qui leur succède, enfin de l'augmentation régulièrement saccadée de la tuméfaction pelvienne, qui ont précédé la production du suintement sanguin. Il faut alors, si l'examen direct ne permet point de reconnaître avec certitude l'existence d'une production organique, faire revenir la malade sur le récit de ses souffrances, faire patiemment préciser chacun des détails de sa longue histoire pathologique, faire déterminer les caractères de ses douleurs expulsives ou non, et surtout comment s'est produit cet écoulement sanguin continu, dont l'existence semble au premier abord éliminer l'idée d'une rétention menstruelle, d'autant mieux que sa sombre couleur rappelle les écoulements putrilagineux d'un cancer ulcéré de la cavité utérine. Il faut insister sur cet interrogatoire pour baser son diagnostic sur la marche toute différente de ces deux affections. Mais ce premier point élucidé, il reste à déterminer si cette aménorrhée distillante est la conséquence d'une affection bénigne ou maligne, et dans ce dernier cas quelle part on doit attribuer à la rétention dans l'augmentation de volume que présentent l'utérus et ses annexes, et quelle part on doit attribuer, au contraire, à la production organique maligne, non-seulement pour établir le pronostic, mais même pour instituer le traitement.

Dans les deux premiers cas que je viens d'examiner, un des élé-

ments les plus importants du diagnostic différentiel de la rétention menstruelle et de l'affection bénigne dont elle dépend, c'est la régularité de la tuméfaction utérine, à laquelle se trouvent latéralement accolées les trompes plus ou moins distendues, tandis que l'augmentation de volume qui résulte du développement de productions organiques est presque toujours irrégulière. Dans le plus grand nombre des cas de cette espèce, la tuméfaction partielle, au lieu d'être générale comme celle de la rétention, présente, vers le bas-fond de l'utérus, des bosselures plus ou moins prononcées, qu'on finit par constater en combinant les explorations abdominale, vaginale et rectale, qu'il faut nécessairement employer toutes trois dans les cas difficiles. Cet élément de diagnostic manque quand la persistance de la rétention a amené le passage dans l'abdomen du sang qui distendait les trompes, et donné lieu ainsi à une hématocèle qui vient former en arrière de l'utérus, et adhérente à cet organe, une tumeur plus ou moins volumineuse, proéminente d'une part dans le vagin, et de l'autre dans l'abdomen, comme était celle qui existait chez la malade que j'ai vue en consultation avec mon excellent ami M. Boucher. Cependant je dois dire que l'existence de cette tumeur, dont la formation a été accompagnée des symptômes d'une péritonite plus ou moins intense, qui offre des caractères très nettement déterminés aujourd'hui par la longue étude à laquelle ils ont été soumis, et qui présente en particulier une succession de sensations tactiles différentes qui sont en rapport avec les modifications successives du sang qu'elle contient, au lieu d'augmenter la difficulté du diagnostic différentiel, tend au contraire à rendre actuellement ce diagnostic plus facile que celui des premières époques. Cette distinction résulte de la comparaison de la marche différente des deux affections et des signes fournis par le toucher; mais j'ai assez longuement étudié la marche de la rétention menstruelle et les signes de l'hématocèle dans la symptomatologie, pour n'avoir pas à les exposer de nouveau et pour m'abstenir de les comparer à ceux du cancer utérin qui sont connus de tous les médecins. Je n'ai qu'à rappeler d'un mot l'importance, pour ce diagnostic différentiel, de l'existence d'un sillon de séparation entre la tumeur hématique et le col utérin, de la configuration particulière de la base de cette tumeur, qui s'est pour ainsi dire moulée dans l'excavation pelvienne, de la transmission directe à toute la tumeur des pressions exercées sur un point

quelconque de la partie émergente, soit dans le vagin, soit dans l'abdomen, et du défaut de transmission directe, au contraire, de ces pressions au col utérin ; enfin à rappeler surtout l'importance des modifications successives de consistance de la tumeur hématique. Je ferai seulement remarquer, à propos de ce dernier signe, que les transformations successives que les productions organiques peuvent offrir sont, pour ainsi dire, inverses de celles de l'hématocèle ; que le cancer perd graduellement de la dureté qu'il offrait au début pour arriver à présenter ensuite une fausse fluctuation, parfois même une véritable fluctuation, lorsque le corps de l'utérus a disparu, entièrement détruit par la fonte de la production cancéreuse, comme dans une observation rapportée par M. le professeur Forget (de Strasbourg), intitulée *Cancer du corps de l'utérus pris pour un kyste de l'ovaire* (1). Malgré tous les signes différentiels de l'hématocèle et du cancer utérin que je viens d'indiquer, le diagnostic n'est pas aussi simple que pourraient le croire ceux qui n'ont pas vu un grand nombre de malades ; il exige, pour être certain, qu'on ait acquis et conservé une assez grande habitude du toucher, qui est aussi importante pour les affections utérines que celle de l'auscultation pour les affections pulmonaires.

§ 3. — Nous avons vu que la rétention menstruelle, arrivée à une période assez avancée, à une de ses périodes de terminaison, c'est-à-dire lorsqu'une partie du retentum s'est déversée dans le péritoine, avait été cause d'erreurs de diagnostic assez nombreuses; que l'hématocèle qui résulte de cette migration avait été prise pour une rétroversion de l'utérus gravide de cinq mois (2) ; qu'on avait pris pour une hématocèle une pelvi-péritonite suppurée (3) ; enfin que j'avais pris pour une tumeur cancéreuse une hématocèle, et que cette même erreur de diagnostic avait été faite postérieurement à la mienne. La liste n'est pas close encore ; nous aurons à examiner le diagnostic différentiel de l'hématocèle et des tumeurs fibreuses, celui des kystes de l'ovaire, et enfin celui de certains kystes purulents de la fosse iliaque qui m'ont valu tout récemment une erreur de dia-

(1) Forget (de Strasbourg), *Recherches cliniques sur le cancer utérin* (*Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 641).
(2) Voyez obs. XLV, page 260.
(3) Obs. XXXVII, page 209.

gnostic que je ne supposais pas possible, mais qui a été constatée par l'autopsie : je la rapporterai plus loin.

Il semblerait bien plus difficile encore que pour le cancer de confondre une hématocèle et une tumeur fibreuse, lorsqu'on n'a pas eu l'extrême embarras de se prononcer en certains cas. Cependant je puis assurer qu'il y a actuellement dans le service que M. Goupil fait à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Barth, une malade dont le diagnostic est assez difficile, pour qu'il soit impossible de légitimer complétement celui de tumeurs fibreuses, qui paraît seulement plus probable que celui d'hématocèle. Je ne puis rapporter cette observation, qui sans autopsie ne serait pas concluante ; mais je puis en rappeler deux très connues dans lesquelles des hématocèles ont été prises pour des tumeurs fibreuses. L'une est de M. le professeur Malgaigne, qui a fait publier sa méprise par M. Viguès, dans la thèse duquel se trouve cette observation ; l'autre est de M. le professeur Stoltz (de Strasbourg), qui a fait publier la sienne par M. Engelhard, qui en a fait le sujet de sa thèse. J'ai placé en note ces deux observations (1), qui sont tellement importantes, que je n'ai

---

(1) Observation de M. Stoltz, recueillie par M. Herrgott, professeur agrégé de la Faculté de Strasbourg (Thèse de M. Engelhard, Strasbourg, 1856, n° 364, p. 35).— *Suppression des règles. — A la troisième époque menstruelle absente, aggravation des accidents qui force la malade à entrer à l'hôpital.— A la quatrième époque, passage de la malade du service où elle était dans celui de M. Stoltz, qui constate l'existence d'une tumeur rétro-utérine pour laquelle il pose le diagnostic suivant : Corps fibreux développé dans la paroi postérieure de l'utérus et renfermant peut-être un kyste en son centre. — Excrétion menstruelle incomplète. — A la cinquième époque menstruelle, évacuation de sang par le rectum. — Accidents colliquatifs. — Mort. — Péritonite ancienne. — Hématocèle rétro-utérine communiquant par deux perforations avec le rectum.— Au-dessus de l'hématocèle, kyste séreux. — Dans le ligament large gauche, collection purulente. — L'utérus, augmenté de longueur, présentait (dit l'observation), un arrêt de développement de la corne droite coïncidant avec l'absence de la trompe correspondante. — État graisseux des reins.*

Augustine K..., âgée de trente-huit ans, laveuse, à Strasbourg depuis vingt-quatre ans, lymphatique, mais d'une constitution robuste, réglée à quatorze ans, régulièrement toutes les trois semaines. Accouchée, il y a dix-sept ans, d'une petite fille. Ses couches ont été heureuses.

Il y a trois mois, sans cause connue, ses règles n'ont point paru, cependant sa dernière période avait été normale. Depuis trois semaines (c'est-à-dire à la troisième époque menstruelle sans excrétion, en calculant d'après le temps indiqué pour chaque révolution menstruelle), la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs et de la constipation qu'elle ne sait à quoi attribuer. Une première fois, le seul repos dissipa ces accidents,

pu me dispenser de les transcrire. J'ai commencé par celle de M. le professeur Stoltz, parce qu'elle est plus récente et un peu moins

---

mais le 3 mars, elle est forcée d'entrer à l'hospice (salle 46), où des applications de sangsues, des bains, de l'huile de ricin, n'amenèrent qu'un soulagement passager.

Depuis huit jours elle éprouve une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme journalier.

Le 24 mars, elle est évacuée sur le service de la clinique d'accouchement. Au toucher vaginal, on rencontre, à quelques centimètres de la vulve, le col de l'utérus qui presse fortement contre la paroi antérieure du vagin. Le col lui-même est ferme, peu volumineux, mais plus long qu'à l'état normal. Dans le cul-de-cal postérieur existe une tumeur volumineuse, saillante et rénitente. Elle paraît faire corps avec l'utérus, qu'elle repousse en bas et en avant, et presser fortement sur le rectum. En touchant par l'anus, on constate la même tumeur, et l'on y trouve un point élastique qui pourrait provenir d'un liquide enkysté. Cependant la fluctuation est fort douteuse. La sonde utérine pénètre assez facilement à une profondeur de 12 centimètres. En abaissant le manche de l'instrument, on peut sentir le fond de l'utérus à la région hypogastrique, à deux travers de doigt au-dessus du pubis. En même temps, le doigt, introduit dans le vagin, fait reconnaître que la tumeur fait corps avec la matrice et se déplace avec cet organe. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur assez dure, siégeant particulièrement dans la fosse iliaque gauche et semblant s'enfoncer dans le bassin.

Diagnostic. — Corps fibreux développé dans la paroi postérieure de l'utérus et qui renfermerait peut-être un kyste en son centre.

27. — La malade a uriné spontanément hier; un peu d'œdème des extrémités.

3 avril. — Dans la journée, les douleurs du bas-ventre ont augmenté. Plusieurs vomissements sympathiques. Depuis hier, écoulement menstruel plus abondant et qui présente un aspect jaunâtre. On constate au-dessus de l'aine gauche une petite tumeur isolée.

6. — La femme souffre beaucoup depuis hier, la pression au-dessus de l'aine gauche est très douloureuse. La peau est chaude, le pouls subfréquent. Les menstrues ont cessé. (Cataplasmes, sangsues.)

7. — Selles involontaires, douleurs, tuméfaction du ventre.

Le 9, ces symptômes alarmants avaient en grande partie disparu. Depuis ce jour jusqu'au 17 du même mois, la malade a plus ou moins souffert sans que son état ait présenté une grande gravité. A cette époque, le ventre est toujours sensible au moindre attouchement et quelquefois spontanément douloureux. La tumeur est moins facile à délimiter et paraît moins dure, si ce n'est vers l'aine gauche. Diarrhée, langue sèche, fuligineuse, soif modérée, anorexie, vomituritions, peau chaude, pouls fébrile. (Frictions d'onguent mercuriel, opium.)

19. — Plusieurs selles involontaires dans lesquelles la malade dit avoir vu du sang.

22. — Facies moins abattu, même état de l'abdomen. La malade se plaint d'une légère douleur au niveau des fausses côtes gauches avec toux incommode.

23. — La malade a eu deux selles diarrhéiques depuis hier au soir. Liquides, d'une fétidité extrême, elles présentent une coloration rouge brunâtre, et au fond du vase on reconnaît une couche manifeste de sang. Le ventre, très sensible à la pression, ne présente cependant pas de tension. La langue est sèche, la peau chaude et le pouls est à 104 pulsations. La toux continue, ainsi que le point douloureux du thorax. Râles sibilants dans toute la poitrine, avec souffle à la partie inférieure.

26. — Deux vomissements et six selles qui n'ont plus été sanglantes. Pas de change-

connue que celle de M. le professeur Malgaigne, et surtout parce que le diagnostic paraissait si certain à l'éminent accoucheur de Stras-

---

ment dans l'état de la poitrine. Facies abattu, respiration fréquente ; cependant le pouls est plus calme (84 pulsations).

27. — Dyspnée assez violente survenant par moments, coïncidant avec un amendement assez notable de l'affection des poumons. On constate un bruit râpeux au second temps du cœur, le premier temps est sec et court. Palpitations. La diarrhée continue séreuse et fétide ; quelquefois les selles sont involontaires.

29. — La malade s'affaiblit de plus en plus. Le ventre est tendu, tympanisé, douloureux, et l'on peut constater un commencement d'ascite. Le pouls est petit et fréquent. La soif est vive, et chaque fois qu'elle a bu, elle est obligée d'aller à la selle. Altération profonde du facies.

Tous ces symptômes vont en s'aggravant, et la mort survient le 1er mai.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Cadavre généralement infiltré, surtout aux extrémités inférieures.

Poitrine. — Dans la plèvre gauche, épanchement séreux tenant en suspension des fausses membranes récentes ; la plèvre droite est saine. Les deux poumons, de coloration normale en avant, sont fortement œdématiés ; le lobe inférieur du poumon gauche est gorgé de sang et son tissu est un peu friable. Le cœur, plus volumineux qu'à l'état normal, présente un caillot décoloré dans ses cavités. On observe un petit noyau fibro-cartilagineux aux valvules aortiques.

Abdomen. — L'incision des parois abdominales donne écoulement à un litre d'un liquide séro-purulent avec quelques fausses membranes. Tout le péritoine a une coloration gris ardoisé très remarquable. Cette coloration assez uniforme devient plus foncée vers le bassin. Tous les organes abdominaux sont soudés par des fausses membranes dont la résistance augmente à mesure qu'on approche de la matrice. Dans cette région elles sont telles, qu'on ne peut séparer les intestins qu'avec l'aide du scalpel. En détachant le paquet intestinal à gauche, on tombe dans une vaste cavité remplie de caillots de sang anciens, noirâtres, mélangés à des détritus putrilagineux, exhalant une odeur infecte. Entre le rectum et l'angle sacro-vertébral existe un kyste séreux très mince, rempli d'un liquide limpide, du volume d'une pomme, et qui ressemble assez à ceux qu'on observe chez les moutons qu'on a menés paître dans des pâturages humides.

Après avoir scié les branches horizontales des pubis et les ischions, on extrait en une seule masse les organes du petit bassin pour les examiner de plus près. La cavité remplie de caillots de sang, dont il a été parlé plus haut, est constituée en bas par le cul-de-sac rétro-utérin ; sa paroi antérieure est formée par la matrice augmentée légèrement de longueur et les ligaments larges ; sa paroi postérieure, par le rectum. Latéralement, la tumeur est bornée par les ligaments larges et les ovaires, qui sont englobés par des fausses membranes de façon à constituer un tout presque inextricable ; supérieurement, elle est recouverte par le paquet intestinal et l'épiploon soudés ensemble. Elle est revêtue à l'intérieur par une membrane inégale, épaisse, tomenteuse, d'une coloration foncée analogue à celle de son contenu. A la partie postérieure, cette partie communique avec le rectum par deux ouvertures rondes, faites en emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes.

L'utérus, de consistance normale, paraît sain ; mais sa longueur et sa forme sont anormales. Il est manifestement allongé, et son angle supérieur droit est arrondi et tronqué ; le gauche est normal. La cavité de la matrice présente la même forme ; à droite on ne découvre pas trace de l'ouverture de la trompe de Fallope, mais on trouve

bourg, que la malade qu'il croyait à tort affectée de tumeur fibreuse lui a servi de texte pour plusieurs leçons sur les corps fibreux.

étalé sur tout le même côté de l'utérus un ligament rond très large. En essayant de séparer par la dissection les annexes utérines des exsudats dont elles sont englobées, on tombe à gauche dans un foyer de pus épais, jaunâtre et crémeux, qui paraît siéger dans l'ovaire gauche. On croit aussi reconnaître une trompe du même côté ; à droite, on trouve des traces d'ovaire.

Tous les autres organes sont sains, si ce n'est *les reins, qui sont augmentés de volume et dont la substance corticale semble graisseuse.*

Observation de M. le professeur Malgaigne, recueillie par M. Juteau et publiée par M. Viguès (Thèse, Paris, 1850, p. 21).— *Métrorrhagie. — Tumeur rétro-utérine simulant un corps fibreux. — Incision du col de l'utérus. — Hémorrhagies consécutives. — Autopsie. — Péritonite purulente. — Au-dessous de cette collection purulente intra-péritonéale, vaste kyste sanguin interposé à l'utérus et à ses annexes en avant, au rectum et à l'S iliaque en arrière.*

Marie-Louise C..., âgée de vingt-sept ans, dévideuse, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 16, le 29 janvier 1850. Cette femme est d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle ; elle fut réglée à quatorze ans ; la menstruation s'établit sans difficulté, les règles duraient six à sept jours ; quelques jours avant et après les règles, leucorrhée peu abondante, qui n'existait pas dans l'intervalle des règles. Première grossesse à seize ans et demi ; depuis elle a eu cinq autres enfants, le dernier il y a deux ans : toutes ses couches furent heureuses, elle n'en allaita aucun. Dans l'intervalle des grossesses, les règles n'ont jamais reparu ; cependant deux mois après le dernier accouchement elles revinrent, et depuis lors elles ont toujours été régulières, elles duraient six à sept jours.

Depuis cinq mois, elle était employée à des travaux pénibles, portait de lourds fardeaux ; il y a environ un mois, sans cause connue, elle éprouva une vive douleur dans le bas-ventre, et fut obligée de s'aliter : tout mouvement était douloureux. On lui applique des cataplasmes et vingt sangsues ; potion opiacée ; elle n'éprouve aucun soulagement. Ses règles étaient passées depuis huit jours seulement, et cependant il se fit par la vulve un écoulement sanguinolent ; depuis cette époque, la perte, qui était peu abondante, a été presque continue, interrompue seulement par des intervalles de quelques jours, et remplacée alors par une leucorrhée abondante. Au bout de trois semaines, les coliques augmentèrent, la défécation devint impossible sans lavement, l'émission des urines douloureuse ; anorexie ; vomissements bilieux, fréquents ; soif vive, faiblesse très grande : elle se fait transporter à l'hôpital Saint-Louis, où elle arrive dans l'état suivant :

La peau est d'un blanc jaunâtre, les muqueuses sont décolorées, les chairs flasques ; amaigrissement considérable depuis le début de la maladie ; elle vomit toutes les boissons qu'elle prend. Pression hypogastrique très douloureuse ; le ventre est tendu, ballonné, douloureux ; à l'hypogastre, dans une hauteur de 8 centimètres à partir du pubis, matité qui s'étend transversalement dans une étendue de 12 centimètres environ ; elle dépasse la ligne médiane de 3 centimètres à droite, et de 9 centimètres à gauche. Après avoir sondé la malade, il existe encore de la matité dans une hauteur de 5 centimètres ; on avait retiré 450 grammes d'urine. La peau des parois abdominales est tendue ; la douleur rend impossible la dépression des parois du ventre, et empêche la palpation du petit bassin. Par le toucher vaginal, on rencontre le col de l'utérus, situé en haut sous la symphyse du pubis et un peu à droite ; le col est sain, sa lèvre antérieure est presque immé-

Les méprises que je viens de signaler s'expliquent facilement par la configuration singulière que présente la tumeur complexe, constituée en arrière par l'hématocèle, en avant par les organes géni-

---

diatement en contact avec le pubis, on ne peut introduire le doigt entre eux; la lèvre inférieure, amincie, semble faire suite à une tumeur située dans le cul-de-sac utéro-rectal. Le doigt, porté en ce point, rencontre une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une bille de billard. Cette tumeur est dure à sa partie inférieure, molle à la supérieure; le doigt ne peut ni la refouler en haut, ni la déplacer latéralement; le toucher augmente la douleur; la saillie inférieure de la tumeur descend à 9 centimètres de l'orifice vulvaire.

Par le rectum, le doigt rencontre une tumeur arrondie, déprimant sa paroi antérieure, accolant celle-ci contre la paroi postérieure, et déterminant en ce point un rétrécissement considérable du rectum : le toucher pratiqué en même temps par le rectum et le vagin, la tumeur paraît fluctuante. La défécation est impossible; pas de selles depuis cinq jours; miction fréquente, douloureuse; pouls à 90, mou, dépressible; respiration un peu accélérée; pas de bruit anormal dans le thorax. (Cataplasmes; Sedlitz, bouillons froids.)

Le 30. — Le purgatif n'a pas agi; mêmes douleurs, mêmes vomissements bilieux, rétention des urines, respiration accélérée, pouls à 110; ventre ballonné, très douloureux, abattement considérable, soif vive. (Potion opiacée; Seltz, glace; lavem. purg.).

Le 1er février, on se décide à opérer la malade. Le spéculum introduit, à l'aide d'une forte érigne qu'on enfonce dans la lèvre inférieure du col, on amène ce col à l'orifice vulvaire, puis à l'aide d'un ciseau droit on pratique une incision sur les commissures gauche et droite du col. On croyait avoir affaire à une tumeur siégeant dans la paroi postérieure de l'utérus. Après plusieurs coups, le museau de tanche est divisé dans toute son étendue; M. Malgaigne introduisit son doigt dans la cavité du col, il sentit quelque chose se détacher; pensant à énucléer la tumeur, il donna un nouveau coup de ciseau à la face postérieure du col et du corps de l'utérus; mais bientôt il sortit une quantité assez considérable de sang noir coagulé d'une consistance de gelée de groseille, et complétement inodore. A l'aide d'une cuiller, on retire environ deux livres de ces caillots dont les uns, plus consistants, siégeaient à la périphérie, étaient résistants et composés de fibrine. Après l'issue de ces caillots, le doigt, porté dans la plaie, pénètre dans une cavité profonde, distincte de la cavité utérine, car une sonde de femme introduite dans cette dernière cavité ne pénètre pas dans la cavité accidentelle. Le toucher vaginal fait constater que le col de l'utérus est moins pressé contre le pubis, sa lèvre antérieure est entière, on ne retrouve plus la postérieure, qui a été divisée. (Injections tièdes; catapl.)

Le 3 février, après l'opération, il était survenu un suintement sanguin qui a cessé; la malade rend encore quelques caillots.

Le ventre est toujours douloureux, pas de garderobes, plus de vomissements; pouls petit, fréquent, 108 pulsations; soif vive, anorexie; rétention des urines, qui sont toujours claires et limpides. (Bouillon froid; lavement avec 30 grammes d'huile de ricin qui procure plusieurs selles.)

Les jours suivants, la faiblesse de la malade est toujours très grande, le ventre est tou jours douloureux, les vomissements surviennent de nouveau; il s'écoule par le vagin des matières sanieuses, putrides, mélangées de sang et de pus. (Injections, bains.)

Le 12. — Hier la malade est restée une demi-heure au bain, c'est le troisième qu'elle prend depuis l'opération; on lui fit dans le bain trois injections. Une demi-heure après sa sortie, elle fut prise d'hémorrhagie; on appela M. Juteau, qui constata que la vulve et le vagin étaient remplis de sang : il y en avait aussi environ quatre palettes dans les

taux distendus par la sécrétion cataméniale, qui remplit l'excavation pelvienne. L'apparente irrégularité que cette tuméfaction semble avoir lorsqu'on l'observe pour la première fois, fait presque forcément croire qu'elle est due à des corps fibreux et à un retentissement assez marqué de ces productions organiques sur la séreuse

---

aièzes. Le pouls est petit, à 98 ; la face est pâle, la faiblesse extrême ; l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même au bout de quelques instants. La malade n'a pas perdu de sang dans son bain, l'eau n'était pas rougie. (Compresses fr. sur les cuisses, p. seigle erg.)

Le lendemain, elle fut prise d'un érysipèle de la face, qui commença par le dos du nez ; l'écoulement des matières fétides par le vagin continue toujours.

Le 15, il survient une nouvelle hémorrhagie, qui lui fait perdre environ un verre de sang coagulé ; le pouls est petit, très fréquent, de 140 à 150. L'abdomen est très douloureux : pendant la nuit elle a plusieurs syncopes, vomissements continuels ; l'érysipèle ne s'est pas étendu et a disparu.

Le lendemain, elle eut encore une nouvelle hémorrhagie peu abondante, et qui s'arrêta seule ; elle succombe le 18 février, à cinq heures du matin ; vers quatre heures, elle avait perdu quelques caillots.

Autopsie. — L'autopsie fut faite, avec le plus grand soin, vingt-huit heures après la mort. Pas de traces de putréfaction. Les parois abdominales incisées en croix au niveau de l'ombilic, on trouve les intestins réunis en paquets par des fausses membranes ; 200 grammes environ de liquide purulent épanché dans la cavité péritonéale ; dans quelques points, on trouve des foyers purulents circonscrits. En décollant les intestins, on trouve une perforation du petit intestin à 30 centimètres du cæcum : cette perforation avait donné issue à une cuillerée environ de matières fécales qui s'étaient enkystées. Dans la fosse iliaque, à 3 centimètres au-dessous de la crête, une ouverture arrondie, pouvant permettre l'introduction du doigt, conduisait en bas et en dedans, vers la ligne médiane, dans le foyer sanguin ; en haut elle conduisait dans un cul-de-sac qui s'arrêtait à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque. On désarticula l'os coxal du côté droit, afin de mieux examiner le siége précis de la poche sanguine ; on vit alors une vaste poche située entre l'utérus et le rectum, se prolongeant à gauche jusque dans le cul-de-sac dont nous avons parlé, jusqu'à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche. Cette poche était remplie de caillots sanguins qu'on enleva par le lavage ; les parois étaient tapissées par de la fibrine organisée, disposée en couches formant une enveloppe complète aux caillots sanguins. Cette cavité accidentelle communiquait directement avec le vagin ; la lèvre inférieure du col de l'utérus, qui avait été séparée de l'organe pendant l'opération, restait unie à la paroi inférieure du vagin ; la lèvre supérieure, au contraire, restait unie à l'utérus. La matrice a son volume habituel ; son corps est porté en haut, au-devant du foyer sanguin, auquel il est complétement étranger. Les annexes de l'utérus étaient faciles à reconnaître à droite et à gauche. En arrière de la tumeur on trouvait le rectum et la fin de l'S iliaque. On fit une injection dans l'artère iliaque primitive ; on vit alors le liquide suinter à la surface de la portion du col de l'utérus qui avait été divisée pendant l'opération ; en aucun point de la surface intérieure du kyste on ne vit sourdre le liquide de l'injection. Des injections poussées à plusieurs reprises dans les veines et les artères ovariques firent passer la matière de l'injection par la partie du col incisée, jamais à la face interne de la poche sanguine. Une injection poussée dans l'aorte avait été sans résultat. L'utérus, du reste, les autres organes génito-urinaires, ainsi que les organes thoraciques et abdominaux, étaient sains.

pelvienne. Le diagnostic des corps fibreux qui offrent cette condition particulière, mais non pas exceptionnelle, d'avoir déterminé une péritonite circonvoisine, est presque aussi difficile que celui du cancer que je viens d'indiquer, lorsque, comme dans celui-ci, on n'a pas assisté aux premières phases de l'affection. En effet, les accidents du début de la pelvi-péritonite circonvoisine des corps fibreux peuvent être complétement identiques avec ceux de l'inflammation de la séreuse pelvienne, qui se produit lors de la migration du sang dans l'abdomen; et ultérieurement les produits pseudo-membraneux de la péritonite peuvent enfouir dans une sorte de gangue plastique les productions organiques dont il s'agit de déterminer l'existence. La distinction dans ces circonstances repose à peu près sur les mêmes éléments diagnostiques que pour le cancer: ainsi sur la connaissance des antécédents, l'enchaînement des accidents, la marche différente des deux affections, et enfin sur les signes qui sont fournis par le toucher aux différentes explorations qui sont nécessaires pour asseoir son jugement. Je dois faire remarquer que l'âge des malades peut induire en erreur, parce que, d'une part, on rencontre parfois des corps fibreux énormes avant trente ans, et parce que, d'autre part, des hématocèles peuvent survenir, comme dans les deux observations précédentes, à un âge tout prochain de la ménopause. La distinction à cette époque de la vie des femmes est bien plus difficile encore quand l'hématocèle, au lieu d'être le fait d'un trouble de l'excrétion cataméniale, appartient à une autre variété de cette affection, comme l'observation de M. Malgaigne, et résulte d'un raptus sanguin qui détermine une hémorrhagie d'un ou de tous les organes génitaux, dont une partie du produit fait irruption dans l'abdomen, tandis que l'autre flue par la vulve. Dans ce cas, en effet, un certain nombre de métrorrhagies simples ont pu précéder celle qui donne lieu à l'hématocèle, et tendent par conséquent à faire attribuer toutes ces pertes et la pelvi-péritonite à l'existence de corps fibreux occupant la paroi postérieure de l'utérus. Il faut donc à l'étude minutieuse des commémoratifs ajouter un examen très attentif de la tumeur, qui, dans ces deux cas, peut offrir un sillon de séparation du col de l'utérus; explorer scrupuleusement chacune de ses parties pour reconnaître si elle fait partie inhérente de l'organe ou lui est seulement surajoutée; si elle présente des bosselures irrégulières, offre une consistance solide; si celle-ci est semblable dans toute son étendue, et

surtout s'il n'existe pas en un point quelconque une rénitence fluctuante. Ce dernier signe, indiqué dans les deux observations précédentes, est le plus caractéristique de tous, parce que les tumeurs fibreuses, alors même que leur centre rougeâtre a une consistance gélatiniforme, ne donnent pas au doigt la sensation de rénitence particulière à l'hématocèle. On croira peut-être que j'exagère la difficulté du diagnostic différentiel des tumeurs fibreuses; malheureusement non : elle est si réelle, que M. Stoltz a pris, comme je l'ai dit, pour texte de plusieurs conférences sur les tumeurs fibreuses, la malade affectée d'hématocèle dont il a fait publier l'observation (1) que je viens de rapporter. Du reste, nous retrouverons cette même difficulté quand nous aurons à chercher les caractères distinctifs des tumeurs fibreuses et des prétendus phlegmons péri-utérins chroniques.

Le diagnostic différentiel de l'hématocèle récente et des hydropisies enkystées de l'ovaire ou des tumeurs de cet organe est au contraire en général assez facile, alors même que le kyste, après une poussée inflammatoire, vient à guérir spontanément, comme dans un fait que j'ai observé et qui a été publié par M. Goupil (2), ou lorsque le kyste enflammé détermine une péritonite circonvoisine, comme j'en ai actuellement encore un exemple dans mon service. La distinction repose sur la différence des commémoratifs, sur la sensation tactile toute différente que donne le kyste séreux, et enfin sur le siége qu'il occupe, qui est tel, en général, que le kyste placé dans la partie antérieure d'un des culs-de-sac latéraux refoule l'utérus en bas, en arrière et du côté opposé à celui dans lequel la tumeur s'est développée. Aussi ne peut-il y avoir de difficulté que dans les cas assez rares dans lesquels le kyste simple vient faire saillie en arrière du col qu'il rejette contre les pubis. Cependant je ne m'arrêterai pas sur ce point, parce que dans ces cas ce n'est pas avec une hématocèle que la confusion peut avoir lieu, ou du moins on n'a pas signalé de méprise de ce genre; cela me dispense d'y insister, parce que je me suis imposé l'obligation de fournir, autant que possible, la preuve de chacune de mes propositions.

Il n'en est malheureusement pas ainsi pour les grossesses extra-utérines; les méprises, les unes innocentes pour les malades, les

(1) Engelhard, *loc. cit.*, réflexions ajoutées à l'observation, p. 39.

(2) Goupil, *Bulletins de la Société médicale d'observation*, décembre 1856.

autres funestes, parce qu'elles ont été cause de ponctions rapidement mortelles, ont été si nombreuses, que je regrette d'avoir eu si complétement raison en disant dans mon premier travail (1) que les tumeurs pelviennes dépendantes d'une rétention menstruelle et les grossesses extra-utérines seraient presque inévitablement confondues ensemble. Je regrette surtout que cette difficulté du diagnostic, au lieu de stimuler le zèle des investigateurs, les ait conduits à réunir dans une seule et même histoire des faits aussi disparates que le sont des rétentions menstruelles et des grossesses (2), et à tirer de cette analyse irrationnelle une symptomatologie qui, au lieu de favoriser une distinction absolument nécessaire, devait tendre à perpétuer une confusion déplorable. Aussi n'ai-je pu essayer ici le diagnostic différentiel des grossesses extra-utérines et des hématocèles par rétention menstruelle, qui serait nécessairement très incomplet, pour le reporter dans le mémoire suivant, après le chapitre consacré à l'analyse des observations de grossesse extra-utérine, intitulées hématocèles. C'est dire que c'est également dans ce mémoire que se trouvera le diagnostic différentiel de chacune des variétés de l'hématocèle qui, comme je l'ai tant de fois répété, n'est qu'une affection symptomatique, pouvant reconnaître comme point de départ un assez grand nombre de lésions diverses ou de maladies différentes. J'ai seulement à dire ici qu'il résulte de ce fait capital, qu'avoir reconnu l'existence d'une hématocèle ne constitue que la moitié, et la moitié la moins importante du diagnostic, parce qu'après cette première détermination, il faut, si faire se peut pendant la vie, remonter à la notion de la lésion ou de la maladie qui a donné lieu à l'hémorrhagie intra-pelvienne, et qui peut seule fournir les véritables indications thérapeutiques.

Mais revenons au diagnostic particulier de l'hématocèle symptomatique du trouble de l'excrétion menstruelle, qui n'est pas encore épuisé, et qui peut offrir des chances d'erreurs que j'ai à signaler ou seulement à indiquer. Je placerai au nombre de celles-ci celles qui peuvent résulter de l'intensité des accidents de la péritonite qui se produit au moment de la migration du sang dans l'abdomen, de sorte qu'ils peuvent faire penser que cette péritonite

(1) G. Bernutz, *loc. cit.*, t. XIX, p. 197.
(2) Fenerly, *Thèse citée.* — Voisin, *ibid.*

a pour cause une perforation intestinale, ou laisser indécis sur la cause procréatrice de l'inflammation du péritoine. J'ai, à ce propos, à revenir sur un des caractères que j'ai attribué à la pelvi-péritonite hémorrhagique, celui de donner lieu immédiatement à une tumeur rétro-utérine appréciable dès le premier examen (1), et à dire que l'observation est venue démontrer que je m'étais trompé, comme du reste tous ceux qui ont traité de l'hématocèle, en exagérant la rapidité de cette apparition de la tumeur rétro-utérine et en n'indiquant point les conditions particulières qui rendent la manifestation de la tumeur plus précoce dans l'hématocèle que dans les autres pelvi-péritonites. Cette correction, que je n'ai pu faire en son lieu, est nécessitée parce que, depuis le tirage de la feuille dans laquelle j'ai parlé de ce signe diagnostique des épanchements sanguins intra-pelviens, une femme est venue mourir très rapidement dans le service de mon collègue et ami M. Aran, et que l'autopsie de cette femme, qui avait présenté tous les signes d'une hémorrhagie intra-abdominale, mais qui n'offrait pas trace de tumeur rétro-utérine, nous a donné tort à tous. En effet, à l'autopsie de cette femme, chez laquelle il avait été impossible de constater par le toucher, non-seulement pendant la vie, mais même après la mort, l'existence d'une tumeur rétro-utérine, on a trouvé cependant le bassin entièrement rempli d'une énorme quantité de sang, mais avec cette particularité que ce caillot sanguin n'était pas encore enkysté par des adhérences péritonéales. Ce fait intéressant, qui a été publié par M. Siredey dans sa thèse inaugurale, à laquelle je me fais un vrai plaisir de renvoyer ceux qui voudront le commenter (2), doit donc mettre en garde contre la tendance qu'on pourrait avoir, à cause de l'absence de tumeur rétro-utérine au début des accidents, et à cause de sa manifestation en apparence tardive, de conclure à la non-existence d'une hémorrhagie intrapelvienne comme cause de la péritonite qui vient de se manifester.

J'ai déjà dit et je me contenterai de rappeler que la péritonite pelvienne, comme du reste toute inflammation d'une autre partie quelconque de cette séreuse, peut s'accompagner d'accidents cholériformes tellement analogues à ceux du choléra, qu'une méprise peut

(1) Voyez page 194.
(2) Siredey, *Thèse inaugurale* (Paris, 1860), obs. II, p. 98.

avoir lieu. Je n'insisterai pas sur ce fait, parce que j'aurai dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite à rapporter une erreur de diagnostic de ce genre que j'ai commise en 1851, de compte à demi avec tous les internes de l'hôpital de Bon-Secours, quoique j'eusse dû, à cette époque où j'étais médecin du Bureau central, être d'autant mieux prévenu de la possibilité de cette méprise, que pendant mon internat j'avais assisté, à l'hôpital Beaujon, à une erreur de diagnostic semblable, qui avait été démontrée par l'autopsie. C'est certainement un fait exceptionnel; j'ai tenu cependant à l'indiquer non-seulement parce que l'erreur peut avoir lieu, mais aussi parce que chez les femmes affectées d'hématocèles qui succombent avec une diarrhée colliquative très abondante, on trouve dans l'intestin des lésions complétement analogues à la psorentérie du choléra, comme on a pu le voir dans les observations XXXI et XLII (1); ce qui tend à rapprocher encore, mais ne peut cependant permettre d'assimiler au choléra les accidents cholériformes symptomatiques de la péritonite.

Je poursuis mon examen de conscience : j'ai à rapporter, comme je l'ai indiqué plus haut, une erreur de diagnostic que j'ai tout récemment commise pour avoir voulu formuler un jugement sans avoir une connaissance suffisante des antécédents, qu'il était du reste pour ainsi dire impossible d'obtenir, parce que la malade était Allemande et ne savait pas un mot de français, de sorte que son interrogatoire était infiniment difficile. J'ai cru chez cette malade qui souffrait depuis sa dernière période menstruelle écourtée, et qui depuis ces dix jours avait constaté l'existence d'une énorme tumeur rénitente qui, d'une part, remplissait toute la région médiane et latérale gauche de l'hypogastre jusqu'à l'ombilic en refoulant au-dessus d'elle les intestins, et qui venait, d'autre part, proéminer à gauche et en arrière du col utérin qu'elle appliquait contre le pubis, qu'il s'agissait d'une hématocèle. A mon grand désappointement, j'ai vu, à l'autopsie, que cette tumeur, qui au toucher présentait exactement les caractères propres aux épanchements sanguins, était un énorme kyste purulent de la fosse iliaque profonde. Voici du reste l'observation de cette malade que mon collègue et ami M. Becquerel m'avait prié d'examiner pour avoir mon avis, parce que, bien qu'il inclinât à croire que c'était un phlegmon péri-utérin, le

(1) Observ. XXXI, p. 160 ; obs. XLII, p. 230.

diagnostic lui paraissait si incertain, qu'il avait eu la sage raison de douter, ce que j'aurais dû faire également. Je dois cette observation à l'obligeance de son interne M. Leven, qui a bien voulu la recueillir et me la remettre rédigée de la manière suivante.

OBSERVATION XLVIII. — *Absence de maladie antérieure. — La menstruation, jusque-là régulière, se supprime le deuxième jour de l'écoulement. — Douleurs abdominales vives. — Constatation d'une tumeur rénitente, remontant jusqu'à l'ombilic et proéminente dans le vagin à gauche et en arrière du col, que la malade assure être de date récente. — Légère amélioration. — Vomissements incoercibles pendant trois semaines. — Phlébite de la veine crurale. — Mort subite sept semaines après le début des accidents. — Intégrité complète des différents viscères. — Refoulement des organes génitaux parfaitement sains. — Énorme kyste à parois fibreuses développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque et prévertébral. — Intégrité des vertèbres, du psoas, des vaisseaux, des nerfs comprimés par le kyste, qui contient une énorme quantité de pus mal lié.*

Le 24 mai 1859, entre dans le service de M. Becquerel, salle Sainte-Geneviève, n° 31, une allemande de trente ans, femme de chambre, d'une bonne constitution, qui, jusqu'à présent, n'a eu aucune maladie sérieuse; elle est malade, dit-elle, depuis dix jours seulement. Elle a été réglée à quinze ans; depuis lors la menstruation, qui n'a jamais été interrompue par aucune grossesse, a été régulière. La dernière menstruation a eu lieu le 15 mai; mais cette fois les règles, au lieu de couler comme à l'ordinaire pendant trois jours, se sont brusquement arrêtées le second jour sans cause appréciable. Depuis lors la malade a éprouvé des douleurs abdominales vives qui l'ont obligée de garder le repos absolu au lit; elle a été en proie à de la fièvre, à des nausées, à des vomissements et à une insomnie continue; cependant elle n'a pas fait venir de médecin, bien que pendant ces dix jours elle se soit aperçue du développement, dans la partie inférieure du ventre, d'une tumeur assez volumineuse. La persistance des douleurs et de l'état grave dans lequel elle se trouvait ont enfin décidé cette malade, après dix jours d'expectation complète, à entrer à l'hôpital où le lendemain matin elle présente l'état suivant.

Elle paraît très fatiguée; les joues sont colorées, la peau chaude, le pouls petit, dépressible, à 108 pulsations. Inappétence, langue couverte d'un enduit saburral; plus de nausées ni de vomissements; constipation opiniâtre que les lavements n'arrivent pas à vaincre. La malade se plaint de douleurs vives, qui, à partir de l'ombilic, occupent toute la partie inférieure du ventre et l'obligent à rester presque immobile dans le décubitus dorsal. A partir de

unes avec les autres. Elle est remplie, distendue même par une énorme quantité, trois litres environ, de pus jaunâtre, mal lié. Ce kyste d'un tissu cellulo-fibreux formé aux dépens du tissu cellulaire de la gaîne du psoas, s'énuclée facilement et laisse voir au-dessous de lui le côté gauche de la colonne vertébrale, qu'il n'intéresse pas et qui n'offre aucune altération ; le psoas, qui est aplati, mais sain ; les vaisseaux et les nerfs, qui sont également sains. Cette tumeur comprime aussi la veine cave inférieure, qui est saine, mais il existe dans la veine fémorale des caillots qui oblitèrent ce dernier vaisseau.

J'ai passé condamnation pour cette erreur de diagnostic; par conséquent, après l'autopsie faite qui m'a donné tort, il m'est permis, sans qu'on croie que je veuille pallier ma méprise, de rechercher ce qu'était cette singulière affection. Je n'ai pas besoin de récapituler les divers accidents que cette malade a éprouvés, pour convaincre que la symptomatologie et la marche ont été tout autres que celles des phlegmons de la fosse iliaque, auxquels elle ne peut d'ailleurs à aucun titre être rapportée. Je n'ai pas besoin également d'exposer longuement les particularités qu'offrait ce kyste purulent à parois fibreuses développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dont la formation ne pouvait être rattachée à la lésion d'aucun des organes voisins; qui enfin n'avait déterminé par contiguïté l'altération d'aucune des parties qu'il déplaçait par simple refoulement, pour démontrer que cette collection purulente ne peut être attribuée à l'inflammation du tissu cellulaire iliaque, au milieu duquel il existait, puisque celui même qui l'entourait immédiatement était resté sain. Toutes ces dispositions ont un cachet spécial qui permettra, il me semble, sinon d'une manière absolument certaine, au moins d'une manière infiniment probable, d'arriver à la détermination de la tumeur abdominale, qui pendant la vie simulait une hématocèle, bien qu'il manque l'élément pathognomonique de cette détermination. L'épaisseur des parois du kyste, leur structure fibreuse, les cloisons incomplètes qui s'avançaient dans son intérieur, établissent tout d'abord que ce kyste était de date ancienne, contradictoirement à l'assertion de la malade; mais celle-ci établit que la tumeur que cette femme portait sans le savoir, était insensible, et n'a eu aucun retentissement sur l'économie, jusqu'au moment où le kyste, par son progrès, est venu comprimer les organes génitaux, entraver par là la sécrétion cataméniale, et qu'il est devenu alors le siége d'un travail inflammatoire qui s'est révélé par un cortége de symptômes assez

graves. Il résulte de là que ce kyste immobile, placé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, est resté, comme c'est le propre de l'espèce à laquelle il me semble appartenir, sans aucune manifestation pathologique pendant la première période de son évolution, et que son existence n'a été indiquée qu'au moment où, par suite de ses progrès, il est devenu le siége d'un travail inflammatoire qui constitue la seconde période d'évolution naturelle des kystes hydatiques, destinée à amener d'une manière plus ou moins heureuse l'élimination ou la transformation sur place de leur contenu. Cette détermination me paraît ressortir non-seulement de la courte discussion que je viens de présenter de cette observation, mais surtout des dispositions anatomiques que présentait ce kyste fibreux ; du siége tout spécial dans le tissu sous-péritonéal qu'il occupait; de sa position toute particulière latéro-postérieure, mais surtout latérale par rapport à l'utérus ; des qualités du liquide qu'il contenait, que j'ai malheureusement négligé d'examiner suffisamment pour constater s'il présentait ou non des débris d'hydatides ; enfin me paraît, par-dessus tout, ressortir de l'état d'intégrité absolue des organes qu'il refoulait et de l'état d'intégrité des autres viscères. Ce diagnostic rétrospectif devient surtout infiniment probable, lorsqu'on rapproche de cette observation celles que contient le mémoire sur les kystes hydatiques publié par mon collègue M. Charcot, en particulier celle qui a servi de point de départ à tout son travail, et que j'ai placée en note (1),

---

(1) Observ. de M. Charcot, lue à la Société de biologie (*Gazette médicale*, 1852, p. 540).

Je commencerai l'exposé des cas de kystes hydatiques situés ou développés dans l'excavation du petit bassin chez la femme par une description anatomique du cas que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de biologie.

Sur cette pièce, on voit deux kystes hydatiques développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, entre la face antérieure du rectum et la face postérieure des organes génitaux. Ces deux kystes sont régulièrement sphériques, à peu près d'égal volume ; ils ont de 5 à 6 centimètres de diamètre chacun et adhèrent entre eux dans une très petite partie de leur circonférence. L'un d'eux, plus volumineux, est faiblement uni en arrière, à la face antérieure du rectum, par du tissu cellulaire très lâche ; il est situé à 6 ou 7 centimètres de l'anus, plutôt à droite qu'à gauche de l'axe de l'intestin ; son adhérence avec le second kyste est intime et l'on ne peut la détruire sans entamer la paroi fibreuse elle-même. Le second kyste est situé plus bas que son congénère et en avant de lui ; il adhère par sa face antérieure au col de l'utérus dans l'étendue de 2 centimètres environ, et à la partie la plus reculée de la face postérieure du vagin dans l'étendue de 3 à 4 centimètres ; l'adhérence avec les organes génitaux est très intime et faite au moyen d'un tissu fibreux très dense.

Le kyste postérieur est ouvert dans le rectum par une ulcération arrondie, située à

non-seulement pour qu'elle puisse être comparée à celle que je viens de rapporter, mais aussi pour qu'elle puisse la compléter par les détails anatomiques qu'elle renferme.

---

10 ou 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal ; cette perforation, pratiquée par conséquent dans la partie la plus élevée de la poche hydatique, est arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, et présente d'un centimètre à un centimètre et demi de diamètre.

Les deux kystes ne communiquent nullement entre eux au lieu de leur adhérence ; l'antérieur n'offre lui-même aucune communication, soit avec le vagin, soit avec l'utérus.

Avant la dissection du tissu cellulaire lamelleux qui enveloppait de toutes parts ces deux tumeurs et les réunissait en une seule, elles formaient une masse allongée, oblique d'arrière en avant et de haut en bas, située sous le péritoine, qu'elle avait soulevé et dont elle était coiffée. Le péritoine, en effet, descendant de la face antérieure du rectum, enveloppait les kystes supérieurement et de chaque côté, puis remontait pour recouvrir la face postérieure du corps de l'utérus. Le cul-de-sac recto-vaginal était donc complétement effacé et rempli par nos tumeurs ; ces dernières d'ailleurs ne descendaient pas jusqu'au périnée, et la plus inférieure en était distante d'au moins 4 centimètres, même dans son point le plus déclive. C'est donc par en haut et dans le sens antéro-postérieur, que leur développement s'est effectué surtout : en haut, le péritoine est repoussé ; en arrière, le rectum est comprimé, aplati, et ses fibres musculaires se sont développées pour vaincre l'obstacle apporté au cours des matières fécales ; en avant l'utérus est aplati contre le pubis, son col aplati et considérablement allongé. L'organe de la gestation subit en outre un déplacement de totalité qui le porte en haut et en avant ; le vagin, au contraire, est repoussé en bas, et une tumeur vient faire saillie dans sa cavité, à la partie la plus reculée de la face postérieure, immédiatement en arrière du col utérin.

Tous ces faits auraient pu certainement être constatés pendant la vie, et l'on pouvait parfaitement les percevoir sur le cadavre par le toucher rectal et le toucher vaginal, surtout en combinant ensemble ces deux modes d'exploration.

La dissection des kystes eux-mêmes nous a démontré que l'un d'eux, le plus voisin du rectum, recevait des vaisseaux artériels assez volumineux (ils étaient injectés à la cire) provenant de plusieurs branches des hémorrhoïdales moyennes, qui se détournaient de leur trajet habituel pour les fournir ; que l'autre en recevait aussi, dans sa moitié antérieure surtout, lesquelles provenaient, les unes des artères vaginales du côté gauche, et les autres du tronc même de l'artère utérine du côté droit. Les petites ramifications de ces artères pénétraient, de toute évidence, dans le tissu même de la poche fibreuse.

Rien dans ce qui va suivre qui ne soit commun aux kystes hydatiques en général : la membrane propre est épaisse, constituée par un tissu fibreux, résistant, coriace ; sa surface interne est inégale et tapissée çà et là par une matière blanchâtre, friable, assez adhérente cependant à la poche, dans l'intérieur de laquelle elle s'avance en quelques points, assez loin pour former des cloisons incomplètes.....

Les hydatides elles-mêmes avaient leurs caractères habituels. Le liquide contenu dans l'intérieur des vésicules ayant été examiné au microscope, nous y rencontrâmes des échinocoques dont les suçoirs et les crochets étaient fort visibles ; on rencontrait aussi çà et là dans le liquide des crochets isolés.

Nous n'avons pu, malheureusement, nous procurer aucun renseignement sur les phénomènes qui avaient pu être observés pendant la vie de cette femme. Nous avons même à regretter de n'avoir pu examiner ses autres viscères, le foie par exemple, afin de rechercher s'il n'y existait pas quelque autre collection d'hydatides.

Ce diagnostic rétrospectif admis, et il me semble difficile qu'il ne le soit pas, cherchons quels sont les signes qui peuvent permettre de distinguer avec plus ou moins de certitude les hématocèles et les kystes hydatiques du petit bassin. Je dois commencer pour cela par éliminer ceux qui ont été indiqués et qui ne me paraissent pas avoir de valeur (1) ou n'en avoir que fort peu. Nous trouvons d'abord que l'âge des malades n'a nulle importance pour ce diagnostic différentiel, et cela devait être, puisque le développement des kystes hydatiques dans toute autre région est fréquent avant quarante-cinq ans. Nous trouvons ensuite que le kyste peut être unique, ce qui est loin d'être rare, ou sembler unique pendant la vie, de sorte que la multiplicité des kystes hydatiques, admise comme une règle par M. Charcot, n'a qu'une fort médiocre valeur pour le diagnostic, puisqu'elle ne peut être invoquée comme élément d'exclusion. Nous trouvons en troisième lieu que le début et les progrès des kystes hydatiques du bassin, comme du reste de ceux de toute autre région, peuvent rester complétement ignorés des malades qui les portent, jusqu'au moment où ces kystes deviennent le siége d'un travail inflammatoire; par conséquent, le récit des malades, au lieu de venir en aide au diagnostic, peut induire en erreur, faire croire, pendant la vie, de formation toute récente une tumeur qui au contraire est de date très ancienne. Nous voyons enfin que les kystes hydatiques, au lieu de rester dans le même état, comme on l'a indiqué, et de présenter la même rénitence lorsqu'ils s'enflamment, semblent au contraire acquérir une dureté de plus en plus grande lorsque, sous l'influence du travail inflammatoire dont ils sont le siége, leur distension devient de plus en plus considérable; par conséquent, le changement de consistance de la tumeur ne peut être invoqué comme signe diagnostique d'une hématocèle. Je n'ai pas besoin de dire que l'absence du frémissement vibratoire n'a nulle importance, non-seulement parce que son existence n'a été notée que dans une seule des observations rassemblées par M. Charcot, mais surtout parce que ce signe manque très fréquemment dans les kystes hydatiques du foie eux-mêmes, quel que soit l'art avec lequel on percute et qu'on a demandé pour la perception de ce frémissement vibratoire.

---

(1) Voisin, *loc. cit.*, p. 57.

Il résulte du peu de valeur des signes précédents que le diagnostic différentiel doit être basé sur l'absence ou l'existence de symptômes utérins avant le développement ou plutôt avant la constatation de la tumeur, et surtout sur l'examen comparatif des signes fournis par le toucher, qui sont propres aux kystes hydatiques, et de ceux qui sont propres aux différentes variétés des hématocèles; mais je n'ai à exposer ici que ceux qui s'observent dans les hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion, dont le diagnostic est en somme le moins difficile. Les différences que j'ai à signaler entre les hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion menstruelle et les kystes hydatiques tiennent, les unes à ce que dans les premières la manifestation de la tumeur est précédée d'accidents utérins, les autres aux caractères de la tumeur pelvienne. Les premières différences résultent de ce que, dans les hématocèles symptomatiques d'une rétention menstruelle, le passage du sang dans l'abdomen ne se produit qu'au bout d'un temps plus ou moins long après le trouble de l'excrétion, pendant lequel existent des douleurs dysménorrhéiques qui s'exaspèrent à chaque période cataméniale sans excrétion, tandis qu'il y a absence ou du moins qu'on n'a pas signalé l'existence de douleurs expulsives semblables avant le travail inflammatoire des kystes hydatiques rétro-utérins. Mais la principale de ces différences consiste en ce que ces douleurs expulsives et d'autres symptômes utérins existent après la production de l'hématocèle, tandis qu'ils manquent ou sont peu caractérisés dans les kystes inflammés. Ainsi l'existence, ou au contraire l'absence de symptômes morbides, bien marqués, des organes génitaux avant la manifestation et pendant la durée d'accidents graves tenant dans un cas à une péritonite hémorrhagique, tenant dans l'autre à l'inflammation du kyste hydatique, constitue un premier élément et un élément très important de diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Les autres différences résultent de ce qu'après la migration d'une partie de la sécrétion cataméniale qui, en se déversant des trompes dans l'abdomen, a produit la péritonite et la tumeur rétro-utérine, la distension des organes génitaux n'en persiste pas moins encore assez marquée; de sorte que la tumeur pelvienne paraît au toucher complexe, qu'elle présente, pour ainsi dire, incrustés sur la partie antérieure de l'épanchement sanguin intra-péritonéal, l'utérus et les

trompes augmentés de volume par suite de la réplétion menstruelle dont ils sont le siége. Ces organes sont au contraire, dans l'état de vacuité, refoulés latéralement par le kyste hydatique et en même temps aplatis d'avant en arrière contre la face postérieure de la branche horizontale d'un des pubis; aussi paraissent-ils alors non-seulement indépendants de la tumeur qui les comprime, mais avoir diminué de volume ou au moins avoir conservé leur volume normal. Il résulte de ce fait, et en particulier de l'aplatissement excessif d'un des ligaments larges, lorsque la tumeur hydatique est médio-latérale, comme dans l'observation précédente et dans celle publiée par M. Roux (1), que la tumeur semble avoir un siége tout à fait anormal pour une hématocèle. Après avoir rempli une partie du cul-de-sac postérieur du vagin, un cul-de-sac latéral tout entier, le kyste hydatique vient, au moment où il émerge dans l'abdomen, se placer sur le même plan, puis sur un plan antérieur à la face de l'utérus, en repoussant alors les parois abdominales devant lui. Cette situation anormale de la tumeur, qui avait surtout frappé l'attention de mon collègue M. Becquerel et l'a fait rester dans un doute que j'aurais dû partager, peut servir à rendre probable le diagnostic, sinon dans tous les cas, au moins dans un certain nombre, c'est-à-dire lorsque le kyste hydatique est surtout latéral et lorsqu'il présente en même temps quelques-uns des signes particuliers à cette espèce de tumeurs qui me restent à indiquer. C'est d'abord leur grande consistance, qui est souvent telle que ces kystes ont été pris pour des tumeurs solides (2); c'est ensuite leur situation sous-péritonéale et leur intime connexion avec le tissu cellulaire dans lequel ils se sont développés, qui rendent infiniment difficile de déterminer dans aucun sens les limites précises de ces tumeurs, de sorte qu'elles paraissent, au toucher vaginal, faire corps avec l'enceinte osseuse de la moitié latérale du détroit, et paraissent, à la palpation abdominale, être une immense bombure de la fosse iliaque; c'est enfin l'immobilité complète de ces kystes, qui est bien plus absolue que celle des hématocèles. Aussi je crois, et c'est pour cela que j'ai tant insisté sur l'erreur de diagnostic que j'ai commise, que, lorsqu'on est bien prévenu

(1) Bourdon, *loc. cit.*, p. 56.
(2) Charcot, *loc. cit.*, obs. de Parck, p. 541. — Obs. de Roux, p. 542.

de la possibilité de confondre une hématocèle et un kyste hydatique du bassin, qui du reste sont assez rares, on peut arriver à établir sur d'assez grandes probabilités le diagnostic, pour qu'il soit permis, en cas de dangers pressants, d'avoir recours à une ponction exploratrice qui, dans le cas où l'on aura rencontré juste, peut amener la guérison des hydatides. Je n'ai proposé, dans aucun des diagnostics précédents, d'avoir recours à ce moyen d'exploration, parce qu'il est infiniment dangereux, qu'il peut être suivi d'accidents tellement graves, qu'une malade observée par mon collègue M. Oulmont a failli en mourir (1). Mais je n'ai pas à m'étendre ici sur ce point, parce que j'aurai à discuter la valeur des ponctions des hématocèles dans le traitement que j'ai actuellement à exposer.

TRAITEMENT.

Il résulte de la longue, peut-être trop longue étude que j'ai faite de la rétention menstruelle, que, suivant les espèces, suivant sa durée plus ou moins prolongée et suivant la gravité des accidents qu'elle suscite, on a des indications thérapeutiques très diverses à remplir, ou du moins qu'on peut avoir, pour remplir ces indications qui ne sont pas si diverses qu'elles le semblent, à employer un assez grand nombre de procédés opératoires très différents, ou à recourir à presque tous les agents de la matière médicale. J'ai dû, par conséquent, pour ne pas me perdre dans des détails inextricables, m'abstenir autant que possible d'entrer dans des particularités, me borner à discuter les indications générales, et surtout ne pas chercher à formuler un traitement qui, pour être réellement utile à chacune des malades, doit être approprié à chaque cas particulier, en rapport avec les indications spéciales qu'il présente, et que le tact médical fera beaucoup mieux apprécier à tout véritable praticien que je ne pourrais les lui indiquer. Pour obvier d'ailleurs aux lacunes que ce chapitre pourrait sembler présenter, j'ai pris soin de rapporter dans les chapitres précédents des observations de chacune des variétés de la rétention, et de les rapporter *in extenso*, pour que celui qui regretterait de ne pas trouver ici la description

(1) Oulmont, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1859, t. V, n° 1, p. 36.

de procédés opératoires peu connus, puisse se reporter à ces observations et y chercher tous les détails désirables, indiqués par ceux mêmes qui ont inventé ces procédés ou les ont employés. De cette façon je serai plus à l'aise pour discuter les indications thérapeutiques qu'on a à remplir dans les rétentions menstruelles, dont les unes doivent avoir pour but d'obvier à l'obstacle qui entrave l'excrétion, et les autres pour but d'amener ou de favoriser la résolution du travail pathologique, que le trouble fonctionnel a fait naître.

Les premières indications, c'est-à-dire celles qui ont pour but d'obvier à l'entrave apportée à l'excrétion, sont celles qui doivent nécessairement compter le plus de moyens, puisque le trouble fonctionnel peut être symptomatique d'une foule d'états morbides fort divers, et que, par conséquent, pour atteindre le but qu'on se propose et qui peut sembler un, comme par exemple, de guérir une affection catarrhale, il faudra conseiller dans un cas une médication toute différente de celle qui est nécessaire dans un autre, suivant la diathèse dont cette affection catarrhale est la manifestation. Les secondes indications pourront au contraire être remplies par des médications beaucoup moins différentes, tout en restant subordonnées cependant à l'état constitutionnel de la malade, qui pourra les faire modifier ou les rendre plus ou moins actives. J'ai déjà dit, en résumant ce que chaque espèce de rétention présentait de particulier (1), qu'il fallait tantôt s'adresser de prime abord à l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion, tantôt au contraire, avant de combattre celui-ci, faire disparaître l'état morbide qui est venu s'y surajouter et qui est la cause de la persistance du trouble fonctionnel. Je ne reviendrai pas sur ce fait, qui pourrait servir à partager les rétentions menstruelles en deux catégories : comprenant, l'une, les espèces qu'on pourrait appeler chirurgicales, parce qu'elles nécessitent qu'on fasse tout d'abord disparaître par une opération l'obstacle physique qui s'oppose à l'écoulement des règles ; comprenant, l'autre, les espèces qu'on pourrait par opposition appeler médicales, parce qu'elles n'exigent point l'emploi de l'instrument tranchant, qui même serait souvent nuisible. Je ne m'arrêterai pas à une semblable division qui tendrait à faire scinder en deux l'histoire

(1) Voyez page 174 et suiv.

d'une seule et même affection, et parce qu'il faut, contradictoirement au programme de M. de Scanzoni (1), qui voudrait faire des gynécologistes une sorte de variété de dentistes, chercher à amener la fusion des différentes branches de l'art de guérir, qui ne se prête point aux décevantes spécialisations que des personnes étrangères à la médecine peuvent seules rêver, et qui sont essentiellement préjudiciables aux malades.

On trouve dans les deux premières espèces de rétention menstruelle, c'est-à-dire dans les imperforations et les oblitérations complètes, congénitales ou acquises après la puberté, du canal vulvo-utérin, l'indication formelle, et avant toute autre, l'indication de créer ou de rétablir par une opération la voie d'excrétion, et comme je l'ai indiqué, sans temporisation aucune, pour ainsi dire, afin d'éviter autant que possible la distension des organes génitaux, à laquelle on peut attribuer le passage du sang dans l'abdomen, qui a rendu funestes des opérations très bénignes en apparence. Malgré ce danger, lorsque la voie d'excrétion est rendue imperméable par un simple diaphragme muqueux ou fibreux plus ou moins épais, cette indication ne fait doute pour personne ; mais il n'en est pas de même lorsqu'il y a absence de vagin, ou que l'oblitération occupe toute ou la plus grande étendue de ce conduit, comme je l'ai signalé précédemment (2).

Dans le premier cas, il faut se mettre autant que possible à l'abri du passage du sang dans l'abdomen, en choisissant le moment le plus opportun pour l'opération, en réunissant les meilleures conditions de l'acte opératoire, et en se gardant après celui-ci d'exercer aucune pression de l'abdomen, qui paraissent avoir été, dans l'observation de Locatelli (3), la cause déterminante de l'épanchement intra-péritonéal. Le moment le plus opportun pour faire l'opération est celui dans lequel les organes génitaux sont dans la plus grande inertie possible ; par conséquent je substituerai à l'indication de Dance (4), qui posait en principe, mais au point de vue de la facilité de l'opération, d'attendre qu'une nouvelle menstruation ait ramené une nouvelle distension des organes génitaux, et ainsi d'opérer au

(1) De Scanzoni, *loc. cit.*, introduction.
(2) Voyez page 174.
(3) Obs. VI, p. 55.
(4) Obs. XIII, p. 74.

moment de la plus grande activité de ces organes, une indication tout opposée. Je proposerais d'opérer huit à dix jours après l'époque menstruelle, au moment où le calme incomplet qui lui succède est bien confirmé et en même temps à une époque qui est assez éloignée de la menstruation suivante. Je proposerais également, au lieu de faire une large incision soit de la membrane hymen, soit du diaphragme vaginal ou du col utérin oblitéré, qui a eu un funeste résultat dans quatre des observations que j'ai rapportées (1), une ponction avec un trocart d'un petit diamètre, comme celui à hydrocèle, de le munir d'une baudruche pour éviter une déplétion trop rapide de la cavité utérine, un retrait brusque de cet organe qui pourrait déterminer par synergie la contraction des trompes, qu'on a surtout à redouter. La crainte de ces contractions tubaires me fait rejeter l'emploi d'une sonde à demeure après la ponction, destinée à assurer l'écoulement du sang, qui, s'il discontinuait, obligerait seulement à des ponctions multiples qu'on répéterait jusqu'au moment où, après l'évacuation de la plus grande partie du sang retenu, on doit, par l'incision la plus étendue possible de la membrane obturante et l'emploi de moyens dilatateurs, assurer la perméabilité ultérieure de la voie d'excrétion.

On trouvera peut-être que c'est accumuler bien des précautions pénibles pour les malades, dans la crainte d'un accident exceptionnel, mais qui, par cela même qu'il est imprévu, peut être amèrement reproché au chirurgien déjà assez malheureux d'un si cruel revers. On trouvera peut-être aussi qu'il y a une sorte de contradiction de me montrer si préoccupé des suites exceptionnellement funestes d'une simple ponction de l'hymen, et cependant, dans le cas d'absence ou de coarctations fibreuses du vagin tout entier, de conseiller une opération qui est si souvent mortelle, que Boyer (2) avait posé en principe qu'on ne devait jamais la tenter.

Ce conseil est basé en premier lieu sur les succès peu nombreux, l est vrai, mais bien avérés, d'un certain nombre de ces opérations que je n'ai pu rapporter toutes (3), mais dont deux des exemples que

(1) Obs. II, p. 34 ; obs. III, p. 35 ; obs. IV, p. 41 ; obs. VI, p. 55.

(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. X, p. 447, et observation d'Amussat, voyez p. 39.

(3) Obs. d'Amussat, en note, p. 37. — Obs. de Debrou, en note, p. 46. — Obs. de Willaume, en note, p. 63.

j'ai transcrits sont tellement remarquables, que ces observations (1) peuvent servir de règle de conduite dans des circonstances analogues. Il est basé en second lieu sur la terminaison à peu près constamment funeste des imperforations vaginales abandonnées aux seules ressources de la nature, qui est tellement la règle, que Boyer, tout en défendant de rien tenter pour les imperforations vaginales, ne pouvait cependant citer un seul exemple où l'abstention qu'il prescrivait impérieusement eût permis à la malade de vivre. Il est basé enfin sur la triste condition réservée aux femmes qui ont pu exceptionnellement échapper à la mort par les seules ressources de la nature, et qui traînent ensuite une si pénible existence, que la vie leur est à charge, qu'elles sollicitent incessamment une opération dont les dangers les effrayent moins que la triste perspective de longues années de souffrances mensuellement renouvelées tant qu'elles seront femmes, et celle de l'abandon et de la misère pour leur vieillesse, si elles appartiennent aux classes ouvrières de la société. Toutes ces raisons me font conseiller, dans le cas d'absence ou de coarctation du vagin, d'avoir recours à une opération, si dangereuse qu'elle puisse être, mais en ayant soin, comme pour les imperforations de l'hymen, de ne pas perdre un temps précieux à temporiser, parce que chaque époque menstruelle augmente la distension des organes génitaux. Elles me font conseiller ensuite de choisir, pour pratiquer cette opération, le moment de la plus grande inertie des organes génitaux; enfin de ne pas déterminer une déplétion trop brusque de la cavité utérine, pour se mettre à l'abri d'un premier danger, celui du passage du sang dans la cavité abdominale, qui a eu lieu dans l'observation de de Haen (2), et dans une observation plus récente de M. Schuh (3), que je regrette de n'avoir pas rapportée. Ce premier point déterminé, il reste à décider quel procédé opératoire on doit employer. Je rejette tout d'abord celui qui a été employé par Antoine Dubois, consistant dans la ponction de la tumeur sanguine par le rectum, parce qu'elle ne peut être qu'une opération palliative, et qu'à cette

(1) Obs. d'Amussat, *loc. cit.* — Obs. de Debrou, *loc. cit.*

(2) Obs. IV, p. 41.

(3) Obs. de Schuh, *Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, n° 31, 1857.

cause d'infériorité absolue elle joint le danger de pouvoir aussi facilement que toute autre entraîner la mort, comme on peut le voir dans le fait que je transcris en note (1), de l'ouvrage de Boivin et Dugès, seul cas, à ma connaissance, où ce procédé ait été employé. Il faut par conséquent chercher à constituer un vagin, soit à l'aide du bistouri, comme l'a fait si heureusement M. Debrou, soit en dédoublant à l'aide du doigt la vessie et le rectum, comme l'a conseillé et exécuté Amussat. Le premier procédé, quoiqu'il présente d'assez grandes difficultés, parce qu'il faut faire cheminer le bistouri entre la vessie et le rectum sans intéresser ni l'un ni l'autre de ces deux organes, est cependant le seul proposable lorsque le vagin est oblitéré et qu'à sa place existe une substance fibro-celluleuse. Mais il n'en est pas de même dans le cas d'absence du vagin, parce que ce premier procédé, s'il a l'avantage de faire parvenir en une seule séance jusqu'à l'utérus et de le ponctionner immédiatement, est alors infiniment

---

(1) Obs. d'Antoine Dubois (Boivin et Dugès, *loc. cit.*, t. I, p. 272). — *Absence congénitale du vagin. Ponction par le rectum. — Péritonite mortelle.*

M. Ant. Dubois fut consulté pour une jeune personne, âgée de seize ans, belle, bien faite du reste et d'une famille riche, chez laquelle, à chaque période menstruelle, avaient paru des symptômes de pléthore générale, des douleurs dans l'abdomen et la tuméfaction de l'hypogastre. On y distinguait effectivement une tumeur arrondie, siége d'une fluctuation sourde et équivoque. En examinant la vulve, on ne trouva entre les grandes lèvres qu'un sillon profond, vers le milieu duquel était une ouverture infundibuliforme : c'était l'urèthre. Madame La Chapelle y introduisit avec difficulté son doigt long et mince, et arriva dans la vessie ; la sonde apprit que ce canal n'aboutissait qu'au réservoir de l'urine. Le doigt porté dans le rectum faisait sentir, à une certaine hauteur, la même tumeur qu'on reconnaissait à l'hypogastre ; plus bas, il ne semblait exister entre l'intestin et l'urèthre, qu'une cloison d'épaisseur médiocre.

M. Dubois restait dans l'incertitude sur les moyens à employer, lorsqu'il se présenta dans les salles de clinique une fille offrant la même conformation à peu de chose près, mais plus âgée, plus malade et dans un état de danger très imminent. Un trocart fut plongé dans la tumeur à travers le rectum ; il en sortit beaucoup de sang altéré, et il en résulta momentanément un grand soulagement, mais peu de jours après l'inflammation du péritoine enleva l'opérée.

Cette issue n'était pas encourageante, et l'habile professeur ne voulut rien entreprendre d'aussi chanceux chez la première jeune fille. Le professeur Boyer fut du même avis. M. Dupuytren fit l'opération. Il plongea un bistouri dans la substance fibreuse et celluleuse qui occupait la place du vagin, dédoubla ainsi la cloison urétro-rectale, et parvint jusqu'à la matrice, sans intéresser ni la vessie ni le rectum. Il ouvrit la tumeur et procura, par la sortie du sang retenu, un soulagement considérable ; malheureusement des accidents inflammatoires ne tardèrent pas à se développer, et la malade périt en peu de jours. De sorte que l'une et l'autre de ces deux jeunes filles moururent trois ou quatre jours après l'opération.

dangereux à cause du petit espace qu'on a pour faire agir sans accident l'instrument tranchant. Le procédé d'Amussat, beaucoup moins périlleux au point de vue de la lésion de la vessie ou du rectum, est donc préférable; je dois dire cependant que ce procédé, qui paraît très séduisant au premier abord, est suivi, quand on l'applique conformément aux préceptes de son auteur, d'assez nombreux mécomptes. On voit d'abord que la muqueuse des parties génitales externes ne peut être indéfiniment refoulée, et que sous l'influence de la distension qu'on lui a fait subir dans les premières séances, et du travail inflammatoire dont elle devient le siége, elle cède à la deuxième ou troisième séance, et qu'alors les doigts ou le doigt chargés de la refouler se trouvent en plein tissu cellulaire, de sorte que c'est alors une véritable énucléation qui se produit. Il arrive donc qu'on décolle à l'aide du doigt la vessie et le rectum, ce dont Amussat a dû avoir conscience comme moi, mais ce dont il n'a pas suffisamment prévenu ceux qui voudraient l'imiter. Il résulte de cette perforation de la muqueuse refoulée et de la première énucléation produite, un travail inflammatoire qui, dans mon observation, comme dans celle de M. Amussat, a pu être enrayé, mais qui peut être grave, et qui en tout cas force à suspendre pendant plusieurs jours toute tentative. Il en résulte surtout que toutes les tentatives ultérieures sont très douloureuses et l'emploi des corps dilatants très difficilement supporté pendant le mois nécessaire à une dilatation suffisante pour procéder au dernier temps de l'opération qui exige qu'on introduise un spéculum dans cette plaie, si souvent contuse, pour mettre en communication à l'aide d'une ponction le col utérin et le vagin institué. L'observation d'Amussat à la main, j'ai employé son procédé; il m'est resté, de cette tentative, la conviction que ce procédé sera toujours difficile à appliquer, non pour le mode opératoire, car il est très simple, mais parce que s'il est facile d'obtenir d'une malade de se soumettre résolûment à une opération faite en une fois, il est très difficile qu'elle ne devienne pas récalcitrante quand cette opération devra être, pour ainsi dire, dix fois renouvelée. Aussi est-il à craindre, si l'on n'arrive pas à modifier le procédé d'Amussat, que le plus grand nombre des malades manqueront du courage nécessaire pour un acte opératoire aussi prolongé, et que, si elles n'y sont pas forcées par la volonté de leurs parents qui se substituera à la leur, elles renon-

ceront à l'opération au moment où l'on n'aurait plus que le dernier temps à exécuter, comme cela est arrivé dans l'observation que j'ai à rapporter.

OBSERVATION XLIX. — *Absence congénitale de vagin. — Début des accidents vers l'âge de dix-sept ans. — Retour mensuellement périodique de douleurs hypogastriques, à la suite de chacun desquels le ventre augmente de volume par saccades. — Persistance de ces accidents pendant cinq ans.— A cette époque, défécation et miction spontanées impossibles ; fièvre quotidienne revenant chaque soir. — A la suite d'un effort, douleur vive intra-pelvienne ; évacuation purulente par l'anus. — Pendant quinze jours écoulement sanio-purulent, auquel succède un écoulement de sang qui dure un mois. — Retour de la santé, mais persistance de douleurs mensuellement périodiques très pénibles, suivies chaque fois d'un écoulement sanguin par le rectum. — Six ans après l'établissement de la fistule génito-rectale, emploi du procédé d'Amussat, qui échoue en partie par suite de l'indocilité de la malade. — Deux ans après l'opération, évacuation des règles par la fistule qui restait comme vestige du vagin créé. — Après une année d'évacuation des règles par le vagin, suppression de l'écoulement menstruel par cette voie.— Nouvel écoulement des règles par l'anus.*

Le 2 juin 1856, entre à la Pitié dans mon service, salle Sainte-Marthe, n° 1, Colombain (Louise-Florence), âgée de vingt-huit ans, domestique, née à Houillière de Champagney (Haute-Saône). Elle est venue à Paris pour se faire opérer d'une imperforation du vagin, non-seulement parce qu'elle désire ardemment se marier, mais parce que chaque mois elle est en proie pendant plusieurs jours à des douleurs cruelles, qui toutefois sont moindres que celles qu'elle a éprouvées à une époque antérieure de la vie.

Son père et sa mère étaient, dit-elle, d'une bonne santé ; ils sont morts tous deux depuis assez peu de temps de maladies aiguës ; elle a un frère et trois sœurs qui sont tous quatre bien portants. Ses trois sœurs sont mariées ; deux ont des enfants, la troisième n'en a point eu ; cependant ses règles sont normales, non douloureuses, elle n'a jamais eu aucune affection des organes génitaux. La malade n'a pas connaissance qu'aucun membre de la famille de son père ou de sa mère ait présenté un vice de conformation quelconque. Il y a assez peu de temps qu'elle sait en être affectée elle-même, bien que depuis dix à onze ans elle ait été en proie à une série d'accidents qui en dépendaient.

Sa première enfance a été bonne ; elle jouissait d'une excellente santé, lorsqu'à l'âge de douze ans ses parents l'ont fait entrer, quoique enfant, en service pour être aide de cuisine et emmenée avec une domesticité nombreuse, en Italie d'abord, en Espagne ensuite, ce qui, son peu d'intelligence aidant, rend assez difficile de déterminer l'époque exacte à laquelle elle a commencé

à souffrir du travail de la menstruation. Cependant il semble résulter de l'interrogatoire minutieux auquel je l'ai soumise, qu'on ne peut rapporter à cette cause divers accidents qu'elle a éprouvés à l'âge de treize ans et demi, lorsqu'elle était en Calabre, et que ces accidents doivent être rattachés à une fièvre intermittente dont elle a été débarrassée six mois après, lorsqu'elle est allée avec ses maîtres habiter Madrid.

De ce moment jusqu'à sa rentrée en France, c'est-à-dire pendant deux ans, sa santé a été excellente ; pendant les dix-huit derniers mois elle a grandi d'une manière très marquée, elle s'est régulièrement développée et les seins ont commencé à se former. Pendant tout ce temps elle est restée forte, bien portante, elle n'a éprouvé aucune douleur lombaire ou abdominale. Il y a, sous ce rapport, un renseignement assez significatif, c'est qu'elle a pu faire pour rentrer en France d'assez longs trajets à dos de cheval ou de mule, sans en être en aucune façon incommodée. On arrive ainsi à déterminer que, jusqu'à l'âge de seize ans ou seize ans et demi, il n'y avait aucun travail pathologique intra-pelvien. Vers cette époque, mais sans qu'il soit possible de faire préciser aucune date, cette jeune fille a commencé à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, elle a commencé à s'apercevoir elle-même d'un changement dans son caractère; elle est devenue fantasque, détestable, ce qu'elle avoue elle-même et ce qui malheureusement persiste; enfin son ventre a commencé à grossir à la suite de douleurs, qui revenaient, dit-elle, au déclin de chaque lune, et elle a eu des envies de vomir. Ces envies de vomir ont persisté assez longtemps, mais il m'a été impossible de déterminer quand elles ont cessé. Elles persistaient encore lorsque la prolongation des souffrances a forcé cette jeune fille, en 1846, c'est-à-dire à l'âge de dix-huit ans, à revenir chez ses parents et à voir différents médecins, dont les uns, malgré ses dénégations formelles, l'ont crue enceinte, les autres hydropique, mais sans que ni les uns ni les autres se soient enquis de l'état des organes génitaux.

Cependant 1846 se passe, les mêmes accidents persistent; l'abdomen à chaque mois se développe un peu plus. En 1847, aux précédents accidents s'adjoignent des crises nerveuses et une fièvre erratique, pour lesquelles on envoie la malade prendre les eaux à Bains, situé à une assez petite distance de son pays natal. Les eaux améliorent la santé générale, diminuent l'intensité et la fréquence des crises nerveuses, mais ne modifient en rien la prétendue hydropisie, qui n'en continue pas moins de croître à chaque mois avec le déclin de la méchante lune, ce qui ne fait pas penser cependant à explorer les organes génitaux. Elle revient chez elle. 1848, 1849 s'écoulent; son état, au lieu de s'améliorer, va chaque mois empirant. Au commencement de 1850, non-seulement les garderobes sont depuis longtemps impossibles sans lavements, mais une sœur de Charité est obligée de la sonder matin et soir, parce qu'elle n'urine plus spontanément. A partir du printemps de cette année 1850, la malade garde presque continuellement le lit, sans le quitter pendant la

moitié de chaque mois, à cause de ses douleurs, et ne pouvant pendant l'autre moitié du mois rester levée qu'une partie de la journée, parce que chaque soir elle est en proie à un mouvement fébrile qui dure toute la nuit.

Malgré tous ces accidents la malade conservait encore en juillet assez de forces pour pouvoir, en dehors des époques de recrudescences périodiques de ses douleurs, se promener une partie de l'après-midi. Dans une de ces promenades, poussée par un de ces caprices d'appétit, appelés envies, qu'éprouvent les femmes enceintes, dont elle était obsédée, elle saute du mieux qu'elle peut pour atteindre des cerises qui étaient hors de la portée de sa main; en retombant sur les pieds, elle éprouve dans le ventre une douleur vive, une sorte de craquement qui se produit, dit-elle, avec un bruit très fort : ce sont ses propres expressions. J'ai eu beau varier les interrogatoires, les faire faire par d'autres personnes, je n'ai pu faire infirmer par la malade ou amoindrir cette assertion. Très souffrante après ce craquement, elle rentre aussitôt du jardin attenant à la maison pour se mettre immédiatement au lit; en se déshabillant, elle s'aperçoit qu'elle a un abondant écoulement de pus par l'anus. Le lendemain, l'écoulement a changé de caractère; il dure semblable quinze jours, pendant chacun desquels la malade rend en plusieurs fois, à la suite de lavements, la valeur de deux grands vases de saletés, dont il m'a été impossible d'obtenir une description quelconque. Au bout de ces quinze jours, au lieu de ces saletés, elle évacue du sang noir bien caractérisé et en assez grande quantité pendant quatre semaines. La quantité de liquide évacué pendant les six semaines qu'a duré en tout l'écoulement anal, probablement sanguino-purulent d'abord et sanguin ensuite, a été, d'après l'approximation sans doute exagérée de la malade, de vingt litres environ.

Pendant ce temps le ventre diminue de volume, et chaque jour une amélioration nouvelle se produit; de sorte qu'à la fin de l'écoulement, les garde-robes étaient possibles sans lavements et qu'on n'était plus obligé de sonder la malade pour la faire uriner. Un mois environ se passe après la fin de l'évacuation sans que des douleurs se manifestent; mais alors elles se reproduisent à peu près semblables à celles que la malade éprouvait antérieurement à chaque recrudescence mensuelle, beaucoup moins violentes toutefois. Après quelques jours de durée de ces douleurs, la malade rend de nouveau du sang par l'anus, mais pendant quelques jours seulement. Depuis lors de semblables accès de douleurs sont revenus chaque mois et se sont terminés chaque fois par un écoulement sanguin par l'anus; mais les douleurs ont été plus ou moins violentes et prolongées, suivant que les règles rectales sont venues à leur époque ou ont été en retard de quelques jours, et alors l'écoulement sanguin a été souvent précédé d'une évacuation peu abondante de pus. Ces douleurs présentent une particularité assez notable : c'est de se faire sentir d'abord pendant vingt-quatre ou trente-six heures à la région médiane et latérale gauche de l'hypogastre; d'avoir à ce moment le caractère de douleurs dysménorrhéiques;

puis, après ce laps de temps, d'être plus vives dans la fosse iliaque droite, qui paraît à la malade se tuméfier; alors les douleurs prennent le caractère d'élancements, et durent avec ce caractère jusqu'à l'expulsion du sang par le rectum. Je rapporterai plus loin ce que j'ai constaté par le toucher dans ces circonstances et qui concorde avec le récit de la malade. Depuis l'établissement de la fistule génito-rectale la santé générale est devenue graduellement bonne, elle n'éprouve plus que quelques accidents nerveux passagers; mais son caractère est resté difficile. Je dois indiquer cependant que depuis ce moment elle a été sujette à des vomissements de sang, quand les règles sont peu abondantes, et à des érysipèles irrégulièrement périodiques qui se manifestent tous les deux ou trois mois, à l'époque des règles; mais il m'a été impossible de déterminer si la manifestation de ces érysipèles a été liée à la plus ou moins grande difficulté de l'émission des règles par le rectum, ou à la plus ou moins grande quantité de sang perdu qui est toujours peu abondante, le plus souvent en caillots rendus pendant deux jours seulement, après des efforts de défécation. C'est la persistance des douleurs qu'elle éprouve chaque mois qui a poussé dans ces derniers temps une des sœurs de la malade à l'interroger sur sa conformation, a fait constater à cette sœur le vice de conformation qui jusque-là était resté ignoré, et dont la malade, depuis ce moment, désire ardemment être guérie. Les règles viennent d'avoir lieu par l'anus; elles ont cessé depuis quelques jours, lorsque cette femme entre dans mon service, où elle présente l'état suivant.

Cette fille est grande, forte; ses épaules sont larges, le système musculaire très développé; son teint est haut en couleur, les cheveux noirs, gros, assez rudes; la lèvre supérieure est couverte d'un léger duvet pileux assez marqué; elle a en somme l'aspect d'une femme de la campagne assez grossièrement taillée, qui par sa conformation se rapproche un peu du sexe masculin. Sa constitution paraît excellente, elle semble être d'un tempérament sanguin. Les seins, volumineux, sont normaux; la glande mammaire est bien développée.

Le bassin est large, bien conformé; les pubis en particulier offrent leur disposition régulière. Le mont de Vénus est normal, couvert de poils assez nombreux; les grandes lèvres n'offrent rien de particulier; les petites lèvres sont peu développées, mais cependant comme on le voit chez un certain nombre de femmes. L'ouverture de la vulve est petite; la fourchette forme une large bride qui rétrécit d'autant l'ouverture vulvaire. Le méat urinaire occupe sa position normale, mais il offre une dimension exagérée, surtout dans le sens vertical; il admet avec la plus grande facilité l'introduction du petit doigt, qui pénètre sans douleurs notables jusque dans la vessie. Au-dessous du méat urinaire, à une distance à peu près égale à celle qui sépare l'orifice urinaire du clitoris, qui est normal, on trouve un petit cul-de-sac ovalaire dont le plus grand diamètre antéro-postérieur équivaut à celui d'une pièce de cinquante

centimes. Cet infundibulum, d'un demi-centimètre de profondeur, est tapissé par la muqueuse, qui à ce niveau ne présente pas le plus petit stigmate d'une cicatrice ; en déprimant ce cul-de-sac, on constate qu'il n'existe derrière lui aucune cavité. Immédiatement au-dessous de la demi-circonférence de cet infundibulum, et sur un plan un peu antérieur, se trouve le bord falciforme de la bride qui rétrécit l'ouverture vulvaire, et qui paraît être la membrane hymen étalée à plat. L'ouverture anale, un peu reportée en avant, est normale ; par le toucher rectal on constate très manifestement que les deux doigts, introduits l'un dans le rectum et l'autre dans l'urèthre, ne sont séparés l'un de l'autre que par une lame de tissu assez mince, souple, formée par l'urèthre d'une part, par les parois du rectum de l'autre, et qu'on peut faire glisser ces deux organes l'unsur l'autre, par suite de la laxité du tissu cellulaire qui leur est interposé. En substituant une sonde au petit doigt introduit dans l'urèthre, on s'assure que le sommet de l'infundibulum vulvaire, qui représente tout le vagin, correspond à ce tissu cellulaire lâche interposé au rectum et à l'urèthre. En introduisant plus profondément l'index dans l'intestin, on arrive à constater que la face antérieure du rectum est en rapport avec l'urèthre d'abord, avec le bas-fond de la vessie ensuite, dans toute l'étendue que devrait occuper le vagin ; que dans toute cette étendue il n'y a d'interposé au rectum et aux organes urinaires qu'un tissu cellulaire lâche, qui ne présente aucune induration qui puisse faire croire à une coarctation fibreuse du vagin, de sorte que cet organe paraît manquer complétement.

Si l'on porte un peu plus profondément l'index dans le rectum, on constate, arrivé à la hauteur où normalement on sent l'utérus, l'existence d'une tumeur assez volumineuse, peu ou pas douloureuse au toucher, mobile, et sur laquelle il est possible de faire glisser légèrement les parois du rectum. Cette tumeur, assez irrégulière, moins étendue d'avant en arrière que dans les autres directions, plus large dans sa partie supérieure, qui dépasse à peine d'un travers de doigt les pubis, que dans sa partie inférieure, se termine inférieurement par un petit appendice conoïde dont le bord gauche fait suite au bord gauche de la tumeur, tandis que son bord droit, très court, forme un angle obtus avec l'évasement qu'offre tout à coup la partie latérale droite de la tumeur, qui, de ce côté, devient convexe. On reconnaît facilement que la partie conoïde qui forme le sommet inférieur de la tumeur, c'est le col utérin incliné un peu à gauche, mais très fortement porté en arrière, de telle sorte qu'il a paru aux diverses personnes qui ont touché cette malade qu'on pouvait reconnaître à travers les parois du rectum l'orifice de ce col regardant en arrière. En combinant la palpation abdominale et le toucher, on arrive à déterminer que la tumeur placée sur la face antérieure du rectum est formée de deux parties distinctes. L'une de ces parties, antérieure et gauche, est constituée par l'utérus, qui est dévié de sa direction normale, de telle sorte que son fond est appliqué contre le pubis, son bord gauche est sur

un plan postérieur au bord droit, et que le col, en même temps qu'il regarde en arrière, est incliné à gauche. L'autre partie de la tumeur, moins résistante que la première, d'une consistance comme pâteuse, irrégulièrement arrondie, qui forme l'évasement qu'on trouve à droite du col, et dont le sommet largement convexe peut être senti dans la partie externe de la fosse iliaque, paraît surajoutée à l'utérus. Cette partie, accolée au bord droit de l'utérus et à la face postérieure de cet organe qu'elle a dévié par la pression qu'elle exerce sur lui d'arrière en avant, de droite à gauche et de bas en haut, semble être un diverticulum dans lequel le sang menstruel vient se rendre des organes génitaux, avant d'être expulsé par la fistule rectale, mais il m'a été impossible de préciser quelle est la constitution de ce diverticulum. J'ai senti dans des examens ultérieurs cette partie de la tumeur plus volumineuse, plus molle, et cela lorsque la malade, après les douleurs dysménorrhéiques, éprouvait dans la fosse iliaque droite les élancements qui précèdent la venue des règles rectales. Dans aucun examen il ne m'a été possible de constater l'orifice de la fistule génito-rectale qui donne chaque mois issue au sang menstruel, qui forme souvent dans le rectum, avant d'être expulsé par des efforts de défécation, un caillot assez volumineux. Toutes ces explorations, pénibles pour la malade, ne sont pas cependant sensiblement douloureuses. — Prescription : Un bain, repos ; quatre portions.

Les jours suivants, je priai mes deux honorables collègues MM. Michon et Marrotte de vouloir bien examiner cette malade, ce qu'ils firent, en leur disant que j'avais l'intention d'employer le procédé d'Amussat pour instituer artificiellement un vagin qui me paraissait manquer complétement chez cette femme. Je m'étais décidé à ce parti pour les raisons suivantes : 1° Parce que cette femme présentait une conformation vicieuse exactement semblable à celle pour laquelle Amussat avait imaginé son procédé, et avait réussi sans avoir eu d'accidents sérieux. 2° Parce que si cette opération n'était pas dans ce cas aussi impérieusement indiquée que dans celui d'Amussat, elle offrait aussi moins de dangers d'accidents graves, puisque les organes génitaux n'étaient pas le siége d'une distension tout particulièrement redoutable. 3° Enfin parce que ce vice de conformation, en déterminant chaque mois un repos forcé de deux ou trois jours, rendait très difficile à cette fille de trouver une place de domestique, et ainsi de pourvoir à son existence. Je réservais pour plus tard de décider si le mariage serait possible, parce qu'en somme le vagin institué par Amussat était assez imparfait pour qu'on ait donné à sa malade le conseil de ne pas se marier, et que cet avis ait prévalu sur l'opinion tout opposée d'Amussat, malgré la prépondérance que devait avoir son conseil, après le succès qu'avait eu son opération, qui avait été d'avance condamnée par Boyer.

Le 6 juin, pour procéder à l'opération, la vessie et le rectum ayant été au préalable vidés, je fis placer la malade sur le lit à spéculum, en ayant le soin

de faire relever assez fortement le siége. Je plaçai mon interne sur le marchepied de ce lit, à droite de la malade, de manière que de la main gauche il maintînt le bassin, et que le petit doigt de sa main droite introduit dans l'urèthre lui permît d'attirer à lui cet organe, quand je tenterais la dilatation de l'infundibulum vaginal. M. Goupil, placé près du pied droit de la malade, fut chargé au même moment d'exercer, à l'aide de l'index introduit dans l'anus, une traction du rectum en sens inverse de celle de l'urèthre. Je me plaçai directement en face de la malade, entre les deux pédales du lit à spéculum; j'appliquai dans l'infundibulum le sommet du V formé par mes deux index réunis l'un contre l'autre à angle aigu, les ongles tournés l'un en haut, l'autre en bas. Au moment où je commençais à exercer une certaine pression sur le fond de l'infundibulum, MM. Pinaut et Goupil attirèrent, l'un l'urèthre, l'autre le rectum; la malade se plaignit vivement; mes deux index s'enfoncèrent jusqu'à l'articulation de la première phalange. Je m'arrêtai à ce moment, parce que j'eus la sensation que la muqueuse n'obéissait plus au mouvement de propulsion, qu'elle résistait de telle sorte, que je devais craindre de la voir se rompre si j'essayais à ce moment de continuer la pression. Cette première tentative assez douloureuse, mais beaucoup moins cependant que je ne l'avais craint, avait réussi parfaitement; un agrandissement assez considérable de l'infundibulum avait été obtenu, et sans qu'il y ait eu le moindre suintement sanguin. Un morceau d'éponge préparée fut introduit dans la dilatation obtenue, et la malade fut envoyée au bain. — Repos absolu, régime modéré.

Le 7. — A la visite du soir, la malade commençait à se plaindre beaucoup de la douleur cuisante que lui causait l'éponge préparée, elle demandait qu'on la lui retirât. Les douleurs augmentèrent dans la soirée; vers neuf heures, la malade, malgré toutes les recommandations qu'on lui avait faites, enleva le corps dilatant. La nuit fut agitée. A la visite du 7, il fut très difficile de décider la malade à laisser replacer une éponge préparée dans la dilatation, qui était restée au même état qu'immédiatement après l'opération; il n'y avait pas d'écoulement sanguin. Mais il fut impossible de faire ce jour-là une seconde dilatation, à cause du mauvais vouloir de la malade. C'était le début des difficultés que nous allions rencontrer. — Bain, repos. Deux portions.

Le 8. — Je pus recommencer la première tentative de dilatation, et, en procédant de la même manière que la première fois, obtenir près d'un centimètre de plus de profondeur sans avoir encore la moindre effusion de sang. L'infundibulum, à la suite de cette seconde dilatation, offrait 3 centimètres de profondeur, et l'orifice extérieur offrait d'avant en arrière près de 4 centimètres, par suite de l'angle que formaient les deux index. J'introduisis un morceau d'éponge préparée. — Bain. Deux portions.

Le 10. — Quoique la malade eût assez vivement souffert ces deux jours derniers de la présence de l'éponge, qu'elle enlève cependant chaque soir,

malgré toutes les recommandations qu'on peut lui faire, j'essaye une troisième tentative de dilatation. L'infundibulum, au lieu de s'être agrandi par l'emploi, il est vrai discontinu, de l'éponge préparée, paraît moins profond et surtout plus étroit qu'après la dernière tentative. Je veux procéder comme aux deux fois précédentes; mais à la première pression que j'exerce, je sens que la muqueuse ramollie se déchire sur l'ongle de l'index droit, que ce doigt traverse un mince diaphragme muqueux et qu'il se trouve en plein tissu cellulaire. La sensation a été assez distincte pour que j'aie fait part, avant de retirer mon doigt, de ce qui s'était produit; ce qui avait été d'ailleurs indiqué par une plainte très vive de la malade. Guidé par les doigts de mes aides, j'agrandis latéralement ma fausse route, mais sans oser aller en profondeur avec ce doigt au delà de 2 centimètres, quoique j'eusse pu assez facilement, en dédoublant le tissu cellulaire, arriver à ce moment jusque sur le col. Le doigt revint tâché de sang, et il s'en écoula par l'infundibulum une certaine quantité, exactement comme lorsqu'on a fait avec une sonde une fausse route dans l'urèthre. Au lieu d'une éponge préparée, j'introduisis une petite mèche enduite de cérat, qui fut placée non-seulement dans l'infundibulum muqueux, mais dans la partie du tissu cellulaire déchirée par mon index. — Bain, repos absolu. Une portion.

Le 11. — A la suite de cette troisième dilatation, qui a été beaucoup plns douloureuse pour la malade que les précédentes, elle souffre toute la journée. Le soir, aux douleurs occupant les organes génitaux s'en joignent de beaucoup plus vives, qui se font sentir dans la fosse iliaque droite; quelque temps après le début de celles-ci, elle a un vomissement bilieux. La nuit est mauvaise, non-seulement à cause des douleurs abdominales qu'elle éprouve, mais à cause de l'agitation à laquelle elle est en proie. On trouve ce matin la figure légèrement altérée; la malade a quelques nausées; douleur vive dans la fosse iliaque droite, qui est très sensible à la pression; fièvre assez marquée. — Prescription : Dix sangsues sur la fosse iliaque douloureuse; bain, cataplasmes, repos absolu. Eau de Seltz, diète.

Le 12. — La douleur a très sensiblement diminué après l'application des sangsues, cependant elle persiste encore assez marquée à la pression de la fosse iliaque droite. Plus de nausées, la malade demande à manger. Le mouvement fébrile est presque nul. — Cataplasmes, repos. Une portion.

Le 15. — Les accidents inflammatoires ont rapidement disparu; la pression de la fosse iliaque droite ne fait plus reparaître de douleurs; la malade ne se plaint pas d'en éprouver de spontanées, qu'elle invoquerait volontiers pour se refuser à une nouvelle dilatation. Cette fois je n'employai qu'un seul index, à l'aide duquel je rétablis la dilatation que j'avais obtenue le 10, mais sans avancer plus loin; cependant le doigt revint maculé de sang. A la mèche cératée employée ces jours derniers je substituai une éponge préparée. — Bain, cataplasmes, repos. Deux portions.

Je hésitai pendant trois jours sans recourir à une nouvelle dilatation, qui parut cette fois d'autant plus [illegible] [illegible] : j'avance insensiblement, si bien qu'à l'issue de ces dernières tentatives, faites à un jour d'intervalle l'une de l'autre, à quelque heures [illegible] j'étais arrivé à obtenir un [illegible] [illegible] [illegible]

obtenu l'habile chirurgien d'Orléans par deux opérations successives et après avoir eu le soin de dilater de temps à autre l'orifice du col utérin pour qu'il ne se rétrécisse pas et ne s'oblitère point ultérieurement, la question de l'opportunité du mariage resterait encore indécise, du moins actuellement. On a à craindre que l'accouchement ne soit laborieux, par suite de l'état imparfait du col et par suite des adhérences péritonéales que l'affection des organes génitaux a fait naître, et n'entraîne, comme dans l'observation de M. Debrou, la mort de l'enfant d'abord, et celle de la mère ensuite. Cependant la lugubre terminaison de cette observation n'implique pas qu'on doive nécessairement défendre le mariage ; en effet, en réfléchissant aux particularités que l'accouchement a présentées dans ce cas, on arrive à reconnaître que les accidents auxquels cette malade a succombé peuvent se présenter dans un grand nombre d'accouchements simples, et surtout lorsqu'au lieu d'être simples, ils ont nécessité l'application du forceps, et à croire par conséquent que cette observation n'a point toute la signification qu'on pourrait vouloir lui attribuer. Ce qui rend plus à craindre le développement de ces accidents chez les femmes qui ont été imperforées, mais quel qu'ait été d'ailleurs le vice de conformation, c'est que presque toutes ces femmes, soit pendant la rétention menstruelle, soit à la suite de l'opération qui a été nécessaire, ont été affectées de pelvi-péritonite, et que le travail de la parturition, surtout s'il est laborieux et exige une intervention chirurgicale, fera très facilement renaître l'inflammation du péritoine et pourra entraîner la mort. La crainte de voir un accouchement provoquer de semblables accidents, qui peuvent survenir presque aussi facilement après toute péritonite antécédente, quelle qu'ait été la cause qui l'a déterminée, ne peut certainement autoriser à défendre d'une manière absolue une gestation, mais elle doit cependant rendre infiniment réservé dans la réponse qu'on peut avoir à faire sur l'opportunité d'un mariage après la guérison des différents cas d'imperforations.

Je n'indiquerai pas quels sont, dans ces différents vices de conformation ou différentes variétés d'oblitération du canal vulvo-utérin, qui constituent nos deux premières espèces, les divers procédés opératoires qui peuvent être indiqués, parce que, comme je l'ai dit plus haut, je ne puis entrer dans des particularités qui doivent nécessairement rester à l'appréciation du praticien. Je signalerai seu-

lement que dans une de ces variétés, c'est-à-dire lorsque l'excrétion est entravée par l'adhérence anormale d'une partie du col aux parois vaginales qui accole son orifice à ce conduit, on éprouve souvent, après la résection de cette adhérence, la plus grande difficulté à empêcher qu'elle ne se reproduise, et qu'on est parfois obligé de recommencer l'opération, comme dans l'observation que j'ai empruntée à J.-P. Frank (1). Les dangers du défaut d'excrétion produit par ces adhérences, qui sont le plus souvent le fait de cautérisations du col utérin soit par le fer rouge, soit par des caustiques escharotiques, et les difficultés après l'opération ou les opérations successives qu'elles nécessitent, indiquent qu'il faut non-seulement prendre après ces cautérisations les plus grandes précautions pour que des cicatrices vicieuses n'aient point lieu, mais aussi qu'il faut n'avoir recours à ce moyen thérapeutique que dans les circonstances où il est formellement nécessaire. Je ne saurais trop protester contre l'abus intempestif des cautérisations de l'utérus qui peuvent faire adhérer le col aux parois vaginales, ce que j'ai vu tout récemment encore, amener l'oblitération du col (2), ou à un degré moindre déterminer le rétrécissement soit de l'orifice cervico-vaginal (3), soit de son orifice cervico-utérin, et qui peuvent surtout avoir de bien plus graves conséquences, que j'aurai à signaler dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite.

La gravité extrême que peut également avoir l'inflammation de la séreuse pelvienne, qui parfois succède malheureusement à un simple cathétérisme utérin, doit de même rendre infiniment circonspect dans le traitement de la troisième espèce, c'est-à-dire dans le traitement des rétentions menstruelles symptomatiques d'un rétrécissement congénital ou acquis. On peut dire que la crainte de ces pelvi-péritonites très exceptionnellement mortelles, mais dont on a des exemples néfastes, survenues après une seule introduction de l'hystéromètre très méthodiquement faite, doit dominer la thérapeutique de ces rétrécissements. Il faut avoir toujours présent à l'esprit que la plus simple opération pratiquée sur l'utérus peut, très exceptionnellement sans doute, mais peut entraîner la mort en

(1) Voy. obs. de J.-P. Frank, placée en note, p. 69.
(2) Obs. XI, p. 69.
(3) Page 96.

quelques jours. La crainte de ces dangers, qui sont surtout à redouter lorsque les organes génitaux présentent leur plus grande activité fonctionnelle, donne, dans cette troisième espèce comme dans les deux premières, l'indication de ne tenter pendant la période menstruelle aucune opération destinée à obvier à l'obstacle physique, d'attendre pour y avoir recours jusqu'au moment d'inertie incomplète qui succède à l'orage périodique. Pendant celui-ci on trouve à combattre la congestion qui est venue s'ajouter à la lésion ancienne, et qui, bien qu'elle soit la conséquence du rétrécissement, est cependant la cause efficiente du défaut d'excrétion qui, aux mois précédents, finissait par se produire après des douleurs plus ou moins longues. Le moyen de beaucoup le plus efficace de combattre cette congestion, et par là d'amener l'écoulement de la sécrétion cataméniale, c'est l'application sur le col de quatre ou cinq sangsues qu'on fait suivre d'un grand bain tiède, administré près du lit de la malade. J'ai indiqué et indiqué exprès le nombre des sangsues, parce qu'il est, en général, prescrit plus considérable, et je crois inutilement, par suite de la remarque, très simple à vérifier, que quatre sangsues, quand elles prennent bien, remplissent complétement le spéculum plein, de diamètre moyen, à embout, assez long, qu'on doit employer pour cette application, et déterminent alors une émission sanguine égale ou plus considérable que si l'on avait mis dans le spéculum un plus grand nombre de sangsues, dont une partie ne prend point, ou qui, si elles prennent toutes, se gênent mutuellement et tombent plus tôt qu'elles ne devraient. Je n'ai pas, du reste, besoin d'entrer dans le détail de cette application qui est on ne peut plus simple, car peu importe que les sangsues s'insèrent sur le col lui-même ou dans les culs-de-sac vaginaux, ce qui est le plus fréquent. Il n'y a qu'une précaution à prendre, qui même dans le cas particulier dont nous nous occupons est inutile, c'est de placer un petit bourdonnet de charpie dans l'orifice utérin pour en défendre l'accès aux sangsues. J'ai rappelé cette recommandation, qui a été faite en vue d'éviter aux malades les douleurs, qui cependant ne se manifestent qu'exceptionnellement lorsqu'une sangsue vient à prendre dans la cavité cervicale, parce que l'oubli de cette précaution peut avoir un résultat bien plus désagréable, celui de l'introduction et du séjour momentané d'une sangsue dans la cavité utérine, qui fait perdre tout le bénéfice de l'émission sanguine, comme

nous le verrons dans une observation que je rapporterai dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite.

Lorsqu'à la suite de cette application de sangsues soit sur le col, soit à la partie interne et supérieure des cuisses, quand elle n'a pu être faite au lieu d'élection à cause de l'existence de la membrane hymen ou d'une répugnance invincible de la malade, l'écoulement se produit et se produit facilement, il faut le favoriser par le repos absolu au lit et l'usage continu d'applications émollientes chaudes sur le ventre. Mais il faut adjoindre à ces moyens d'autres agents thérapeutiques lorsque l'écoulement ne se fait que d'une manière défectueuse, ou même n'a pas lieu, bien que cependant le col n'oppose plus d'autre obstacle au flux que celui qui résulte de son rétrécissement même; l'indication est alors d'avoir recours aux agents thérapeutiques, qui, d'une part, excitent les contractions utérines, et qui, de l'autre, leur impriment un consensus d'action sans lequel elles s'exercent en pure perte. L'emploi des emménagogues, qui eût été dangereux tant que le col turgescent formait une barrière insurmontable à l'écoulement, devient alors utile, parce que ces agents thérapeutiques régularisent les efforts de l'utérus, qui souvent restent sans résultat parce qu'ils sont désordonnés. Il semblerait résulter de là que, lorsque la dilatation de l'orifice utérin peut permettre l'issue de la sécrétion cataméniale, l'ergot de seigle devrait être le médicament le mieux indiqué; cependant j'avoue qu'après l'avoir essayé plusieurs fois j'ai dû y renoncer, parce que l'augmentation de l'écoulement produite sous l'influence de ce médicament, n'est bien souvent, comme dans l'observation XXVIII (1), obtenue qu'au prix de trop vives douleurs. Je conseillerai de préférence d'avoir recours, pour solliciter les contractions utérines, aux emménagogues proprement dits : armoise, absinthe, rhue, sabine, safran, qui m'ont paru n'avoir d'autre action que celle du seigle ergoté lui-même, être des succédanés de ce médicament, mais moins énergiques et surtout moins douloureux. Ces préparations peuvent être administrées à l'intérieur ou localement en fumigations, ou en même temps sous ces deux formes; j'ai comparé ces deux modes d'administration, il m'a paru que le meilleur mode était de les administrer à l'intérieur, et que la préparation, qui réussissait le

(1) Voyez obs. XXVIII, p. 144.

mieux, était une infusion chaude d'armoise ou de safran, prise par verres à intervalles espacés. Toutefois il y a sous ce rapport un grand nombre d'incompatibilités particulières, impossibles à prévoir, qui doivent faire préférer chez telle malade un succédané dont elle s'est bien trouvée une première fois, à un autre qui pourrait ne pas réussir aussi bien. Quelquefois il est utile d'ajouter à ces infusions théiformes l'usage de la potion emménagogue du Codex, mais bien plus souvent utile d'adjoindre à leur administration une potion antispasmodique, contenant de l'opium et de l'éther, pour combattre l'éréthisme nerveux auquel les malades sont en proie. Du reste, comme je l'ai dit, je ne puis entrer dans des particularités ; c'est au praticien à apprécier les indications diverses qui peuvent exister, et en particulier, celles qui sont fournies par les troubles du tube digestif, qui doivent être remplies tout d'abord ou concurremment aux autres, pour que l'action thérapeutique des emménagogues puisse avoir lieu. L'administration de ces derniers agents thérapeutiques, à moins de contre-indications qui résulteraient de l'existence d'affections des annexes de l'utérus ou de douleurs trop vives qu'ils détermineraient, doit être continuée pendant toute la durée habituelle de la période menstruelle pour assurer l'expulsion complète de la sécrétion cataméniale. Cette époque passée, on continuera pendant quelques jours encore les applications émollientes chaudes sur le ventre ; on prescrira des bains chauds et des injections émollientes pour obtenir l'inertie la plus complète possible des organes génitaux et pouvoir alors obvier, s'il y a lieu, à la coarctation fibreuse de l'orifice utérin qui entrave l'excrétion.

J'ai indiqué précédemment combien il est rare que l'étroitesse seule de l'orifice utérin soit la cause efficiente du trouble de l'excrétion, et combien il est rare, par conséquent, d'avoir à intervenir, que je n'avais jamais eu l'occasion de le faire ; je serai dès lors très réservé sur ce point. Je me contenterai de dire qu'il me semblerait préférable, dans le cas où on aurait à intervenir, d'inciser le col à droite et à gauche à l'aide d'un lithotome, comme cela a été fait dans l'observation XVII (1), et pendant la cicatrisation de maintenir à l'aide de corps dilatants l'agrandissement de l'orifice ainsi obtenu, plutôt que d'essayer d'arriver à ce résultat, sans incision, à l'aide de

(1) Voyez obs. XVII, p. 93.

sondes dont l'emploi devrait alors être continué assez longtemps. Cette préférence m'est inspirée par le souvenir des accidents nombreux, variés, parfois mortels, qui ont été la conséquence de l'application du pessaire à tige de Simpson, et qui sont assez récents pour que je n'aie pas à insister sur les dangers inhérents à l'emploi de moyens analogues. On peut dire d'une manière générale que la crainte de ces dangers doit dominer la thérapeutique des rétrécissements utérins, non-seulement de ceux qui résultent d'une atrésie ou d'une coarctation de cet orifice, mais aussi de ceux qui dépendent d'une augmentation de volume du col d'une nature quelconque, surtout de ceux qui sont le fait d'une inflammation chronique de la muqueuse cervico-utérine, dont nous aurons bientôt à nous occuper.

On trouve dans la période d'acuité de la rétention menstruelle symptomatique d'une augmentation de volume du col, c'est-à-dire dans la période d'acuité de notre quatrième espèce, les mêmes indications à remplir que dans l'espèce précédente. Ainsi on doit solliciter l'écoulement à l'aide de rubéfiants promenés sur les cuisses, d'applications chaudes sur l'abdomen, de fumigations vaginales émollientes ou belladonées, de boissons diaphorétiques ou stimulantes comme une infusion de café simple ou additionnée d'une certaine quantité d'eau-de-vie, et lorsque ces moyens échouent, avoir recours à une application de sangsues sur le col, contre laquelle ceux qui n'ont jamais employé ce moyen ont des préventions mal fondées. Cependant je dois dire que la nature maligne de la tuméfaction du col, surtout lorsque la production cancéreuse est arrivée à une période assez avancée de son évolution, comme elle était chez la malade de l'observation XXII (1), doit être, dans un grand nombre des cas de cette espèce, une contre-indication formelle à l'emploi de ces divers moyens thérapeutiques et en particulier à l'application de sangsues sur le col. On est alors souvent forcé de s'abstenir de ces moyens, non-seulement à cause de l'état cachectique des malades, mais même en dehors de cette circonstance, lorsqu'on peut redouter qu'ils ne déterminent une métrorrhagie d'autant plus dangereuse que le sang exhalé dans l'utérus viendrait augmenter la distension dont les organes génitaux sont déjà le siége par le fait du défaut d'excrétion. La crainte de voir dans ces conjonctures

(1) Voyez obs. XXII, p. 114.

survenir la rupture de l'utérus cancéré et le passage du liquide sanio-sanguinolent qu'il contient soit dans le péritoine comme dans l'observation de Latour (d'Orléans) (1), soit dans un des organes abdominaux, qui peut être très différent suivant la distension plus ou moins considérable qu'a subie la matrice, ainsi dans l'estomac lui-même comme dans l'observation que j'ai placée en note (2), peut donner l'indication de ponctionner sans retard aucun le col utérin pour éviter par cette déplétion, uniquement palliative, une perforation rapidement funeste. L'appréhension de ces accidents peut même alors, qu'ils ne sont à redouter que dans un temps plus ou moins éloigné, être une raison déterminante de pratiquer l'amputation du col pour certaines productions cancéreuses de cet organe, qui seraient assez limitées pour pouvoir être complétement enlevées par l'instrument tranchant et sans danger d'intéresser le péritoine. Après ces opérations, dont malheureusement on ne trouve qu'exceptionnellement l'indication, il faut avoir le soin de surveiller attentivement la cicatrisation pour éviter de voir, comme dans l'observation XII (3), succéder à l'opération une coarctation fibreuse, puis l'oblitération du col utérin. A plus forte raison la crainte ou l'existence d'une rétention menstruelle peut, dans certaines circonstances, donner l'indication d'enlever par une opération un corps fibreux développé dans le col ou dans le bas-fonds de l'utérus, ou de faire, sans plus tarder, l'ablation d'un polype comme dans l'observation XVIII (4). Je dois cependant répéter la recommandation que j'ai faite si souvent, qu'il ne faut, autant que possible, opérer qu'en dehors de toute époque menstruelle, au moment, de la plus grande

(1) Voyez obs. de Latour (d'Orléans), placée en note p. 88.

(2) Observ. extraite de *Rust's Magazin fur* 1834 (Duparque, *loc. cit.*, t. II, p. 14).

G..., âgée de cinquante-trois ans, ayant cessé d'être menstruée depuis quatre ans, eut, après un abus de coït, un flux sanguin par la matrice qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout de quelque temps, le sang disparut et le ventre se tuméfia au point de descendre jusqu'aux genoux. Vomissements répétés d'une matière noirâtre analogue au marc de café. — Marasme. Mort.

A l'autopsie cadavérique on trouva l'utérus énormément développé, à parois minces. Le col était repoussé et oblitéré par une tumeur stéatomateuse existant au côté droit et au-dessus de ce col. Cet organe contenait une quantité prodigieuse d'une matière analogue à celle que la malade avait vomie et qui remplissait également l'estomac et le duodénum. *On trouva une perforation dans un point où l'utérus et l'estomac adhéraient ensemble.*

(3) Obs. XII, p. 72.

(4) Obs. XXIII, p. 121.

inertie des organes génitaux, parce que les manœuvres opératoires, et en particulier l'abaissement de l'utérus à l'aide des pinces de Musseux déterminent presque nécessairement l'inflammation du péritoine pelvien, et qu'on doit par conséquent choisir les circonstances, dans lesquelles on aura le moins à craindre que la péritonite ne soit grave.

C'est à cette même époque, et en particulier lorsqu'on a, par les divers moyens indiqués pendant la période d'acuité, obtenu la solution de la rétention menstruelle, qu'on doit, dans les autres variétés de cette quatrième espèce, c'est-à-dire dans celles où le trouble de l'excrétion est symptomatique d'une augmentation de volume du col de nature bénigne, chercher à solliciter la résolution de cet engorgement. On comprendra facilement que je ne puis formuler les médications diverses, composées d'applications topiques et d'un traitement interne plus ou moins complexe, qui peuvent être indiquées pour obtenir la résolution de ces tuméfactions du col. Mais j'ai à signaler que, bien que ces tuméfactions du col soient dans le plus grand nombre des cas le fait d'un état inflammatoire, elles sont cependant directement ou indirectement l'expression d'une maladie diathésique, soit que celle-ci les ait fait naître sans cause déterminante, soit qu'elle ait imprimé à l'inflammation, survenue accidentellement, une forme chronique et un cachet tout particulier auquel devront être subordonnées toutes les prescriptions. Je me contenterai d'indiquer qu'il faut pour arriver à cette notion patiemment interroger les antécédents héréditaires des malades, la filiation morbide des diverses affections qu'elles ont présentées, de manière à établir le lieu commun qui existe entre ces antécédents et l'engorgement actuel du col qui chez les jeunes femmes peut être bien plus souvent rattaché à la scrofule qu'à toute autre maladie, dont les manifestations ont lieu, en général, à un âge plus avancé. On parvient à l'aide des renseignements antérieurs et de la coïncidence assez fréquente chez les scrofuleuses d'un épaississement disgracieux des grandes et des petites lèvres, à déterminer la nature de ces engorgements strumeux du col utérin, qui se développent soit spontanément à l'époque de la puberté, comme on voit apparaître alors certaines déformations du visage à la suite de fluxions pathologiques naso-labiales, ou qui, au contraire, se manifestent postérieurement à la puberté après un accouchement à terme ou prématuré, ou toute autre cause déterminante. Le caractère diathésique de ces engorgements du col, et en par-

ticulier la fréquence relative des engorgements de nature scrofuleuse, font comprendre comment réussissent et dans quelles circonstances sont indiquées les médications iodées ou iodurées et les médications sulfureuses, dans quels autres les préparations arsenicales ou alcalines, et comment surtout sont utiles les bains de mer, les médications thermales, en particulier celle de Saint-Sauveur. Mais je dois dire qu'il faut, dans l'appréciation de l'influence des eaux minérales, tenir compte des avantages, surtout dans les stations presque uniquement fréquentées par les femmes, d'une vie complétement calme et inoccupée qui a pour résultat de forcer les malades, pour échapper à l'ennui, à se coucher à la chute du jour, et à prolonger le sommeil auquel dispose d'ailleurs l'usage journalier des bains. Il faut tenir compte aussi de la sédation générale qui est la conséquence de ces bains chaque jour renouvelés; aussi, s'ils ne peuvent être prescrits aussi fréquents dans la pratique ordinaire que dans les thermes, doivent-ils du moins être très largement conseillés, simples ou médicamenteux suivant les indications. J'adjoindrai à cette prescription de bains fréquents, celle des préparations de ciguë, et, en particulier, celle des pilules de conicine de Guillermont. Je recommande tout particulièrement la ciguë parce que cet agent thérapeutique m'a semblé l'opium des organes génitaux (organes sexuels, seins), et agir dans toutes les affections de ces organes, cancéreuses ou autres, d'une semblable façon, comme un narcotique spécial qui favorise la résolution, lorsqu'elle est possible, en diminuant les fluxions qui résultent des douleurs.

A ces différents moyens thérapeutiques, il est nécessaire, dans le plus grand nombre des cas, d'adjoindre l'emploi des moyens locaux que peut réclamer l'affection catarrhale, qui a été le point de départ de l'engorgement du col ou qui est survenue sous la même influence diathésique que lui, et dont la persistance entretient l'altération de nutrition utérine. Je n'entrerai dans aucun détail à cet égard, parce que j'aurai à revenir longuement sur ce point dans le mémoire consacré à l'étude du catarrhe utérin, dont chacune des nombreuses variétés, que présente cette affection, comporte des indications distinctes, non-seulement suivant la cause morbide qui a fait naître le trouble sécrétoire simple dans certains cas, lié dans d'autres à un état inflammatoire de la muqueuse utérine, mais aussi suivant la diathèse qui éternise le flux leucorrhéique, lorsqu'il est de cause

accidentelle. Ce qui précède fait comprendre que c'est dans le mémoire consacré à l'étude des différents catarrhes utérins que se trouveront exposées les indications thérapeutiques qu'on peut avoir à remplir dans les diverses variétés de rétentions menstruelles, qui reconnaissent pour cause une affection de la muqueuse utérine, dans lesquelles j'ai fait rentrer les dysménorrhées, pseudo-membraneuses et les déviations dysménorrhéales qui constituent nos cinquième et sixième espèces. J'ai seulement à signaler que, dans ces différentes rétentions menstruelles, analogues aux rétentions urinaires symptomatiques d'une cystite du col, on a, comme dans celles qui sont symptomatiques d'un engorgement du col, l'indication formelle dans la période d'acuité de favoriser la dilatation de l'orifice utérin par les divers moyens mentionnés plus haut, et de leur associer bien souvent l'emploi d'antispasmodiques simples ou combinés à de légers stimulants, à cause de l'éréthisme nerveux ou de l'état constitutionnel que présentent les malades.

Je ne m'étendrai également que très peu sur les indications thérapeutiques des dysménorrhées nerveuses, quoique je reconnaisse qu'elles fassent souvent le désespoir et des malades et du médecin à cause de l'intensité des douleurs qui caractérisent leurs crises et de leur cruelle persistance, parce que j'aurai à revenir sur ce sujet en traitant de l'hystéralgie, à laquelle se rattachent ces dysménorrhées, ou plutôt dont elles sont une des modalités de manifestation. Mais je ne puis me dispenser d'indiquer qu'il faut avant tout déterminer si le trouble fonctionnel douloureux est une expression symptomatique, si alors il doit être rapporté à l'anémie, à la chlorose ou à l'hystérie, ou si, au contraire, il semble constituer une névrose spéciale comparable à l'asthme, parce que dans le premier cas la maladie, dont la dysménorrhée n'est qu'un symptôme, dominera la thérapeutique. Elle doit comprendre la médication des accès et celle qui doit être faite dans l'intervalle des époques menstruelles. Dans les accès on doit avoir recours aux narcotiques soit seuls, soit associés à des antispasmodiques ou à des stimulants que j'essayerai d'autant moins de spécifier qu'il est presque impossible de conclure de l'utilité de l'un pour une malade à son efficacité pour une autre; on doit faire en même temps garder le repos absolu au lit, maintenir autour du bassin des applications chaudes, sèches chez les unes, humides et narcotiques chez d'autres; enfin on doit prescrire à

d'autres de grands bains chauds prolongés. La médication nécessaire dans les intervalles des époques menstruelles est surtout indiquée par la maladie dont la dysménorrhée est symptomatique, ou par l'état constitutionnel des malades, et peut, par conséquent, comprendre d'assez nombreux agents thérapeutiques que je n'ai pas à énumérer. Je dois néanmoins indiquer qu'au premier rang des différentes médications destinées à remonter la constitution des malades, simples ou perturbatrices, vient se ranger l'hydrothérapie, qui réussit chez beaucoup de femmes en proie à des affections utérines, dont on a besoin de relever les forces et de calmer la susceptibilité nerveuse. On doit considérer, comme agissant de même, les promenades en plein air, surtout à pied, faites chaque jour jusqu'à commencement de fatigue, qui ont une incontestable utilité dans toutes les dysménorrhées nerveuses, mais surtout dans les dysménorrhées des filles fortes et robustes. Chez celles-ci, lorsque surtout la dysménorrhée est héréditaire, on est parfois obligé de donner aux parents de la jeune fille le conseil de la marier, parce que la conception, en changeant la vitalité de l'utérus, fait souvent disparaître à jamais les orages menstruels, et de ne pas trop différer le mariage, pour que la répétition des accès dysménorrhéiques n'entraîne point des altérations organiques, qui pourraient avoir comme conséquence de déterminer la stérilité et ainsi de perpétuer le trouble fonctionnel douloureux jusqu'à la ménopause.

Cependant je dois dire que ce danger est bien moins à craindre dans les dysménorrhées nerveuses que dans l'autre variété de notre septième espèce, c'est-à-dire lorsque la rétention menstruelle succède à une interruption brusque de l'écoulement des règles (1) par une impression physique ou morale, à cause de la fréquence beaucoup plus grande dans ces circonstances du retentissement morbide sur le péritoine pelvien. Lorsque la suppression survient à la fin de la période menstruelle, et que les accidents sont modérés, on peut se contenter de solliciter le retour des règles à l'aide des boissons diaphorétiques et stimulantes, de cataplasmes émollients chauds sur le ventre, de rubéfiants sur les extrémités inférieures, de bains, et attendre pour agir l'époque suivante ; on doit le faire surtout si l'on n'a pas toute certitude sur la véracité des renseignements fournis par la malade.

(1) Obs. XXI, p. 112.

Il n'est pas possible de temporiser ainsi, lorsque la cause accidentelle, qui a troublé l'excrétion, est venue retentir sur le péritoine; alors on a l'indication formelle de combattre l'inflammation qui s'est adjointe à la rétention, parce que tant qu'elle persistera à une certaine acuité, elle entravera le rétablissement de la fonction, empêchera l'expulsion de la sécrétion menstruelle, dont la présence anormale dans les organes génitaux est la cause des accidents. Le meilleur moyen de remplir cette indication est d'avoir recours à une application de sangsues suffisamment nombreuses sur la partie inférieure de l'abdomen, qui, en modérant la péritonite et en diminuant la congestion dont les organes génitaux sont devenus le siége, rend possible l'excrétion, comme cela a eu lieu dans l'observation suivante que M. Descroizilles vient de lire (janvier 1860) à la Société médicale d'observation. Cette observation est tellement intéressante que je n'ai pu résister au désir de la rapporter; elle semble en effet, par la cause déterminante de la rétention, une expérience, pour ainsi dire, instituée exprès pour démontrer différentes propositions de ce mémoire. Elle établit, en même temps, que les faits que j'ai étudiés ne sont pas exceptionnels, ou du moins que s'ils paraissent tels, c'est qu'ils reçoivent une tout autre interprétation que celle que je leur ai donnée, et cela alors même qu'ils sont aussi significatifs que celui que je transcris.

Observation L. — *Le second jour de l'écoulement des règles, suppression du flux par l'introduction d'une éponge dans le vagin. — Trois heures après cette introduction, début de douleurs abdominales très vives, qui se font surtout sentir dans la fosse iliaque gauche. — Aggravation des accidents le troisième jour, entrée de la malade à l'hôpital où le soir l'on constate l'existence d'une tuméfaction antérieure au col et qui se prolonge dans le ligament large gauche. — Col utérin fermé. — Vingt-cinq sangsues. — Le lendemain matin, amendement très sensible, retour de l'écoulement menstruel. — Amélioration très rapide. — A l'époque menstruelle suivante les règles viennent régulièrement, peu abondantes, elles s'arrêtent après un jour d'écoulement. — Guérison.*

Le 5 novembre 1859, entre à la Charité, dans le service de M. Nonat, salle Saint-Joseph, n° 23, Mélanie R..., âgée de vingt-trois ans, lingère, depuis cinq ans à Paris.

Elle a été bien portante dans son enfance; elle a été réglée pour la première fois sans douleurs vives à l'âge de quatorze ans; pendant les deux ou

trois premières années, la menstruation a été parfaitement régulière, plus tard il y eut souvent des interruptions des règles de deux ou trois mois, quoique cependant la santé fût assez satisfaisante, et que cette femme n'eût à se plaindre, à cette époque de la vie, que d'une tendance à l'essouflement et de palpitations quand elle marchait un peu vite. L'écoulement menstruel fut toujours peu abondant et ne dura jamais plus de trois jours. Elle devint enceinte à vingt ans, la grossesse fut heureuse, l'accouchement à terme fut régulier. Mais le lendemain, en entendant une voisine crier au secours, elle se lève; les suites de couches, jusque-là régulières, s'arrêtent, et presque aussitôt elle a un évanouissement qui ne dure pas moins de trois quarts d'heure. Revenue à elle, cette malade est prise, un instant après, de vomissements, puis d'un ballonnement du ventre qui augmente d'une manière considérable les jours suivants. Au bout de quinze jours de séjour chez la sage-femme qui l'avait reçue pour faire ses couches, comme son état, malgré l'emploi de purgatifs et de moyens émollients, ne s'améliorait pas, cette femme se fait conduire à l'hôpital Beaujon, où elle entre dans le service de M. Barth, qui était alors remplacé par M. Goupil.

A son entrée à l'hôpital on constate l'existence d'un engorgement volumineux qui entoure le col de l'utérus et qui est surtout développé à droite, avec flexion forcée du membre inférieur correspondant; une fièvre intense, un épuisement extrême et par instants un léger délire. Suivant le récit de cette malade très intelligente, et qui donne tous ces renseignements avec une clarté remarquable et avec un cachet de véracité complète, cette affection se serait terminée par suppuration; du pus se serait écoulé et par le vagin et par le rectum. Au bout de trois mois de séjour à Beaujon où on lui avait appliqué sur la partie inférieure du ventre des vésicatoires volants, des cataplasmes émollients et fait des frictions mercurielles, elle voulut sortir malgré l'avis de M. Goupil. Bientôt elle fut obligée de rentrer dans cet hôpital et d'y rester de nouveau trois semaines pour en sortir alors assez bien portante. Quelques temps après elle put reprendre ses occupations habituelles, les forces revinrent, les douleurs abdominales cessèrent à peu près complétement; enfin les règles, depuis la sortie de l'hôpital, sont revenues régulièrement chaque mois, mais plus abondantes et plus douloureuses qu'avant la grossesse.

Elle était cependant assez bien portante le 2 novembre, ses règles étaient venues régulièrement depuis la veille, l'écoulement était régulier; elle s'imagine alors, pour pouvoir avoir des rapports avec son amant qu'elle attend, de s'introduire une éponge dans le vagin pour arrêter ses règles. Le résultat désiré est obtenu, le rapport a lieu assez peu de temps après, mais deux ou trois heures après l'introduction de l'éponge, frissons violents, douleurs intolérables partant des fosses iliaques et se prolongeant dans les reins, nausées, céphalalgies, vertiges. Elle souffre si cruellement qu'elle est obligée de se mettre au lit; elle passe la nuit dans un état d'agitation très marqué, elle ne

peut se lever le lendemain ni le jour suivant, tant elle souffre malgré des cataplasmes maintenus en permanence sur le ventre.

Le 5 au matin, les douleurs augmentent à chaque instant, alors elle se décide à venir à la consultation de la Charité. Elle y arrive après avoir tellement souffert pendant la route qu'elle se trouve mal dans le bureau d'admission. A la visite du soir elle présente l'état suivant :

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, a le facies d'une chlorotique, mais présente cependant un embonpoint convenable, on trouve concordant avec cette apparence anémique l'existence d'un bruit de souffle doux dans les deux carotides, de névralgies intercostales et d'une gastralgie, dont elle a assez vivement souffert dans ces derniers temps, mais ce n'est pas pour cela qu'elle est entrée à l'hôpital.

Elle se plaint de souffrir très cruellement du ventre, la figure porte l'empreinte de la douleur, les traits sont tirés. La langue est couverte d'un léger enduit ; inappétence, soif vive, bouche pâteuse, nausées, pas de hoquets ni de vomissements. Le ventre est ballonné, dur, tellement sensible à la pression que les draps eux-mêmes ne peuvent être supportés. La douleur qu'on observe dans les aines, les reins, les cuisses, le creux épigastrique est forte, mais elle est surtout cruelle dans la fosse iliaque gauche et à la région lombaire du même côté. Le toucher vaginal est tellement pénible qu'il est impossible de déterminer la position de l'utérus. On peut constater seulement que le col est petit, de consistance normale, non entr'ouvert, et qu'il est repoussé en totalité d'avant en arrière par une tuméfaction antérieure à cet organe et qui se prolonge à gauche. On ne peut à cause de l'intensité de la douleur préciser ni la forme, ni le volume de cet engorgement. Pouls à 90 pulsations, peau chaude et sèche. —Prescription : Vingt-cinq sangsues, dont quinze sur la fosse iliaque gauche, dix sur la fosse iliaque droite. Cataplasmes ; limonade ; julep morphiné.

Le 6, à la visite du matin, la malade se trouve mieux, le facies est normal, les douleurs abdominales sont moins vives, le ténesme vésical persiste mais moins intense qu'hier. Quelques hoquets ; constipation. L'écoulement menstruel a reparu depuis ce matin. Pouls à 80 pulsations. — Prescription : Limonade ; julep morphiné ; frictions avec pommade composée d'onguent napolitain et d'extrait de belladone ; cataplasmes ; diète.

Le 7, amélioration très marquée. La nuit a été bonne, la douleur a en grande partie disparu, le ventre est plus souple. Appétit, les hoquets ont cessé, la constipation persiste. L'écoulement sanguin est tari d'aujourd'hui. Pouls 75. — Même prescription : Lavements émollients ; quelques cuillerées de bouillon.

Le 8, état général satisfaisant, réapparition d'une légère douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. Le pouls reste à 75 pulsations. — Prescription : Quinze sangsues sur le point douloureux ; limonade ; eau de Seltz ; julep morphiné ; cataplasmes ; lavement émollient ; bouillons.

Le 9 et 10, état satisfaisant sous tous les rapports. Langue nette. Appétit. La paroi abdominale est facilement dépressible, le toucher peut être pratiqué avec facilité. L'utérus paraît en rétroflexion. On trouve en avant du col et se prolongeant dans la partie antérieure du cul-de-sac gauche un bourrelet du volume du doigt, lisse, sans artère à sa surface, de consistance pâteuse. — Même prescription, moins les sangsues ; une portion.

Du 16 au 20, l'état s'améliore de jour en jour, le bourrelet péri-utérin a notablement diminué. Il n'y a presque pas de leucorrhée. La malade n'éprouve plus que de légers tiraillements dans les aines pendant la station verticale. — Prescription : Limonade ; eau de Seltz ; cataplasmes ; lavement émollient ; pilule de cynoglosse le soir ; bain tous les deux jours ; deux portions.

Du 21 au 30, l'amélioration continue, seulement à deux reprises, après une marche prolongée dans le jardin, des douleurs ont reparu dans les fosses iliaques et ont disparu les deux fois après l'application de sangsues qui a été faite après l'apparition de ces douleurs. Le 30, le bourrelet n'est presque plus appréciable au toucher.

Le 3 décembre, les règles paraissent, elles ne durent qu'un jour. La récrudescence, qui s'observe presque toujours dans les phlegmons péri-utérins à ce moment, a été ici à peine appréciable. Dans les jours suivants, la malade n'éprouve plus que des douleurs passagères et peu marquées dans la fosse iliaque gauche. Elle sort de l'hôpital le 12 assez bien portante, mais anémique.

Je crois inutile après les longs développements que j'ai donnés à l'étude des accidents de la rétention menstruelle, d'ajouter aucune réflexion à cette observation, et pouvoir ainsi reprendre l'exposé du traitement au point où je l'ai laissé. J'ai ainsi à indiquer ce qui est nécessaire lorsque l'application de sangsues, plus ou moins nombreuses suivant l'intensité du retentissement morbide qu'a éprouvé le péritoine, mais dont le nombre doit cependant être en général assez limité, a déterminé la production au dehors de la sécrétion menstruelle, dont le défaut d'excrétion a été la cause de tous les accidents. On doit alors favoriser l'écoulement sanguin par le repos absolu au lit, des applications émollientes chaudes sur l'abdomen, et par des boissons chaudes légèrement stimulantes, au risque de voir survenir, sous l'influence de ces moyens, une perte de sang plus considérable que celle qui se produit ordinairement aux époques menstruelles, et qui, dans ces circonstances, est le résultat non-seulement de l'expulsion du retentum menstruel, mais aussi d'une légère métrorrhagie qui, au lieu d'être nuisible, doit au contraire être considérée comme favorable. Aussi, au lieu de penser à supprimer cette

légère métrorrhagie qui tend à faire disparaître la congestion, dont les organes génitaux sont devenus le siége par suite du travail pathologique qu'ils ont eu à subir, doit-on plutôt favoriser cette sorte de crise naturelle, qui vient spontanément mettre un terme aux accidents s'ils ont été modérés. Lorsqu'ils ont été ainsi, avec la cessation de l'hémorrhagie survient le retour à la santé, de sorte qu'il est possible de permettre à la malade, après quelques jours de repos encore, de reprendre ses occupations. Mais on doit lui recommander d'une manière toute spéciale de prendre les plus grandes précautions à l'approche de l'époque menstruelle suivante, et de favoriser l'écoulement sanguin, non-seulement pour éviter le retour des accidents auxquels elle a été en proie, mais aussi pour que cette menstruation, si elle est régulière et même un peu plus abondante que de coutume, fasse disparaître les derniers vestiges de l'affection qu'elle vient d'éprouver.

On doit se montrer plus sévère si les accidents, au lieu d'être aussi légers que je viens de l'indiquer, ont été plus marqués, si après la cessation de l'écoulement sanguin des douleurs abdominales persistent, si à celles-ci coïncide de la sensibilité dans les culs-de-sac latéraux du vagin, et surtout une tuméfaction plus ou moins marquée d'un ou de plusieurs de ces culs-de-sac. Il faut alors faire garder à la malade le repos au lit, sinon absolu, au moins aussi absolu qu'il est possible de l'obtenir, car c'est la prescription peut-être la plus importante, mais aussi la plus pénible pour les malades, faire continuer l'emploi des applications émollientes chaudes, cataplasmes et injections, jusqu'au retour de l'époque menstruelle suivante. A ce moment, si des douleurs se manifestent, il faut sans tarder d'un instant appliquer des sangsues sur le col, solliciter l'écoulement et favoriser son abondance pour obtenir à cette seconde époque, et par les mêmes moyens que dans les premiers cas, une guérison semblable, seulement plus tardive d'un mois. Mais je dois placer ici, où je viens parler à différentes reprises d'émissions sanguines et surtout d'application de sangsues sur le col, qui, bien qu'en petit nombre, amènent une déplétion locale plus favorable que celle qui suit l'emploi de sangsues plus nombreuses placées sur tout autre point, une remarque très importante, c'est qu'il faut dans les maladies des femmes, être très réservé dans l'emploi des émissions sanguines, n'y avoir recours que dans les circonstances où elles sont

rigoureusement indiquées et dans des limites convenables. Ce n'est pas à dire qu'il faut marchander le nombre des sangsues lorsqu'il y a une péritonite grave, ou lorsqu'on a la crainte fondée qu'elle peut le devenir, l'indication dans cette circonstance est formelle ; mais il est bien rare, la péritonite amendée et la péritonite menstruelle s'amende vite, qu'on ait à y revenir avant l'époque menstruelle suivante, si l'on ne se croit pas obligé de recourir à des sangsues pour une douleur insignifiante qui reparaît, ou pour un faux pas de la malade qui est venu retentir sur le péritoine en voie de cicatrisation (1), qu'on risque de troubler par cette médication.

Je n'insisterai pas davantage sur ce point, je me contenterai de rappeler que le travail de la cicatrisation se fait mieux et plus vite chez les gens d'une bonne et vigoureuse constitution que chez les sujets débiles, et de dire qu'il faut, par conséquent, éviter de rendre cachectiques par des émissions sanguines immodérées les malades affectées de péritonite, et surtout de le faire lorsque l'inflammation de la séreuse est arrivée à la période d'organisation des fausses membranes, qui s'accompagne constamment de douleurs. La même raison doit engager à ne pas laisser les malades à une diète trop sévère, c'est là un point très important ; il faut aussitôt le premier amendement de la péritonite leur donner des bouillons, et arriver bientôt à l'usage de viandes rôties ou grillées, à l'administration d'une certaine quantité de vin de Bordeaux et même de vin de quinquina. Il faut se souvenir du précepte : *Sanguis spasmos solvit ;* de cette manière on évitera aux malades non-seulement bien des douleurs, mais bien des récidives du travail inflammatoire lui-même qui, chez les cachectiques, renaît pour la moindre cause, se reproduit après une circonstance accidentelle qui eût été sans action, si la constitution eût été moins déprimée par des pertes de sang trop considérables.

Ce que je viens de dire indique quelle est mon opinion sur la valeur non-seulement des saignées dérivatives, qui faisaient partie du traitement complexe formulé par Lisfranc pour toutes les affections utérines indistinctement, et qui par cela même n'était approprié à aucune, mais aussi sur celle des petites saignées révulsives préconisées par M. Nonat, qui, après un amendement momentané, que je me plais à reconnaître, et qui est dû à l'action perturbatrice

(1) Voyez obs. précédente, p. 332.

qu'elles exercent, ont le très grand inconvénient d'affaiblir les malades, pour ainsi dire en pure perte, et, lorsqu'on les répète, de produire une cachexie anémique qui éternise la lésion elle-même qu'on a en vain espéré faire disparaître de vive force. J'avoue même que je rejette l'emploi de la saignée dans la péritonite plus ou moins généralisée, qui se manifeste lorsque la persistance de la rétention menstruelle a amené, lors d'une des exacerbations périodiques qui la caractérise, le passage du sang des organes génitaux dans l'abdomen et donné lieu à une hématocèle. Dans la période d'acuité des accidents, qui surgissent plus ou moins graves immédiatement à cette migration sanguine, il faut couvrir la partie inférieure du ventre de sangsues plus ou moins nombreuses, les faire abondamment saigner par l'emploi de très larges mais très minces cataplasmes chauds, soit simplement émollients, soit largement laudanisés et dont l'usage devra être très longtemps continué, seul ou associé à des onctions très étendues d'onguent napolitain. Pendant cette période d'acuité, les bains, qui seront utiles plus tard, du moins dans cette variété d'hématocèle, tandis qu'ils sont nuisibles dans d'autres et en particulier dans la variété métrorrhagique, sont contre-indiqués, non par eux-mêmes, mais à cause des mouvements qu'ils nécessitent des malades, qui doivent être complétement immobilisées dans une position telle que les parois abdominales soient dans le plus grand relâchement possible et que la respiration soit facile. Il faut dans le même but empêcher ou tâcher de suspendre les vomissements par l'abstinence des boissons, qu'on remplace par quelques tranches de citron maintenues dans la bouche et dont la malade exprime doucement le jus, par l'emploi de la glace en tout petits fragments, de l'eau de Seltz très parcimonieusement mesurée, ou souvent mieux par l'administration de petites cuillerées de potion anti-émétique de Rivière.

Mais ces moyens restent souvent insuffisants ; lorsque les vomissements sont abondants et surtout lorsque la péritonite prend le masque du choléra, il faut avoir recours à l'opium employé *largâ manu*. Il faut, en même temps qu'on essaye de modérer le flux intestinal par de très petits lavements fréquemment répétés, contenant presque autant de laudanum que d'eau pour qu'ils puissent être gardés, administrer par la bouche, soit du laudanum de Sydenham, soit de l'extrait thébaïque donné en pilule de 0,01 d'heure en heure, jour et nuit, jus-

qu'à narcotisme. Si l'opium, ainsi administré, aidé même de l'application au creux épigastrique d'un large vésicatoire camphré qui, aussitôt pris, est pansé avec de l'hydrochlorate de morphine, échoue ou ne réussit qu'à supprimer le flux intestinal, qui ordinairement cède assez facilement à cette période, mais ne modère point les vomissements, qui parfois persistent incoercibles alors même que les autres symptômes de la péritonite se sont amendés, il faut alors substituer à l'opium, soit la belladone, soit la strychnine. J'ai réussi dans certains cas avec l'opium, dans d'autres avec la belladone poussée jusqu'au narcotisme, et dans d'autres plus nombreux par la strychnine donnée à dose successivement croissante de 0,001 par jour jusqu'à 0,005 dans un julep administré par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure. Mais j'avoue n'avoir pu déterminer d'avance dans quelles circonstances l'opium échourait, ni quand on devait lui substituer plutôt la strychnine que la belladone pour arrêter l'épiphénomène vomissement, qui aggrave singulièrement la position des malades. J'ai, sous ce rapport, à faire une remarque très importante, c'est qu'il faut dans ces circonstances éviter autant que possible de toucher les malades parce qu'on voit souvent après chacune de ces explorations vaginales reparaître les vomissements et parfois reparaître aussi inquiétants qu'avant l'amendement obtenu par la médication. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce point, parce qu'il n'y a pas un praticien qui n'ait été frappé des mauvais effets des explorations fréquentes, non-seulement dans la période aiguë de la pelvi-péritonite, mais même dans la période chronique.

Lorsque les accidents aigus de l'hématocèle qui a suivi le passage du sang dans l'abdomen, se sont amendés, on a un certain nombre d'indications à remplir, car je ne crois pas, contradictoirement à l'avis de quelques-uns de mes collègues et de M. Oulmont en particulier (1), qu'on puisse se contenter uniquement et dans tous les cas d'une médication expectante. Je rejette l'expectation absolue, posée comme une règle par M. Oulmont, parce que cette abstention de toute médication, acceptable seulement comme une formule générale de traitement de l'hématocèle considérée irrationnellement comme une maladie, exactement comme elle pourrait l'être pour toutes les varié-

(1) Oulmont, *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Paris*, t. IV, n° 1, p. 35.

tés de l'hémoptysie érigée en entité nosologique, cesse d'être même proposable lorsqu'on a étudié la question. On est alors convaincu que, si l'expectation n'est pas directement nuisible, elle est, ce qui ne vaut guère mieux, entièrement défectueuse, parce qu'elle ne remplit aucune des indications, qui se présentent dans les diverses variétés d'une affection qui, loin d'être idiopathique, n'est qu'un symptôme de lésions ou de maladies différentes, ce dont mon honorable collègue et ami a complétement oublié de tenir compte. Je conseillerai donc, contradictoirement à son opinion, d'avoir recours, comme l'a indiqué mon collègue et ami M. Aran (1), à des applications de sangsues dans les variétés où les émissions sanguines ne sont pas contre-indiquées, comme elles le sont par exemple dans quelques-unes des variétés de l'hématocèle métrorrhagique. Je conseille d'y avoir recours en particulier dans l'hématocèle symptomatique de rétention menstruelle dont nous nous occupons, afin de hâter par cette médication la résorption du caillot sanguin. Pour moi la résorption plus rapide de l'épanchement sanguin sous l'influence d'applications de sangsues est un fait certain ; je crois que si M. Oulmont l'a nié théoriquement, c'est qu'il ne s'est pas rendu compte que ces émissions sanguines, en sollicitant la résolution de l'inflammation chronique dont le péritoine est le siége, mettent les parois du kyste péritonéal dans des conditions plus favorables à l'absorption du caillot qu'il contient, mais surtout parce qu'il n'a jamais employé cette médication et constaté la diminution de la tumeur qui lui succède et qui est si manifeste qu'il n'eût alors conservé aucun doute sur son efficacité. Du reste, je ne conseillerai pas cette médication indistinctement dans tous les cas, et surtout je ne conseillerai pas dans tous les cas des applications de sangsues nombreuses, répétées chaque jour en en diminuant le nombre pendant huit ou dix jours, comme l'a formulé M. Aran (2) ; je les prescris seulement lorsqu'elles me paraissent indiquées. Je trouve l'indication, chez les femmes qui ne sont pas trop profondément débilitées, de faire une application de quatre ou six sangsues sur le col utérin, deux ou trois jours après l'amendement des accidents aigus de la péritonite, lorsque l'inflammation péritonéale donne encore lieu, à cette époque, à des

(1) Aran, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, *loc. cit.*, p. 35.
(2) Aran, *loc. cit.*

douleurs assez marquées, et de revenir deux ou trois jours après à une application semblable si une sensibilité assez vive à la pression de l'hypogastre ou au toucher vaginal persiste, puis alors d'attendre l'époque menstruelle suivante, pour y avoir recours de nouveau. Quant à cette dernière application, elle est, pour ainsi dire, de nécessité dans la variété d'hématocèle dont nous nous occupons ; il faut, dès que se manifeste la première douleur, qui annonce le début du travail cataménial, sans tarder, pour ainsi dire, d'une heure et presque sans se préoccuper de l'état constitutionnel des malades, mettre des sangsues sur le col utérin pour solliciter sa dilatation et ainsi déterminer l'excrétion, qui sera suivi de la résorption, parfois excessivement rapide, de l'épanchement sanguin intra-péritonéal.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut favoriser l'écoulement menstruel par tous les moyens appropriés, pour que l'excrétion soit complète, et qu'il faut, lorsqu'on l'a obtenue, faire garder aux malades le repos absolu au lit pendant un certain temps encore, continuer l'emploi des bains, des cataplasmes et des différents agents thérapeutiques indiqués par la constipation qui existe non-seulement pendant la durée de l'hématocèle, mais souvent aussi après sa résorption par suite des adhérences qui enlacent alors le rectum et l'S iliaque (1). Mais j'ai à insister sur un point très important, sur l'opportunité d'un régime réparateur pour les malades affectées d'hématocèle ; il m'a paru préjudiciable de les maintenir à une diète sévère, dès que s'est produit le premier amendement des accidents aigus de la péritonite, pour ainsi dire, traumatique, qui suit la migration du sang dans l'abdomen. Ainsi je conseille, aussitôt que la fièvre est tombée et avant même que n'aient cessé les vomissements s'ils méritent le nom d'incoercibles, de permettre à ces malades des bouillons froids d'abord, des huîtres, puis bientôt de la viande grillée ou rôtie et une certaine quantité de vin de Bordeaux ou de vin de quinquina, de leur prescrire, en un mot, une alimentation qui, en même temps qu'elle est réparatrice, n'exige qu'une action très modérée de l'intestin. Il me semble inutile de discuter l'opportunité de cette alimentation, non-seulement parce que rien n'indique dans les hématocèles le *cura famis*, mais aussi parce que la crainte de rendre

(1) J. Cossy, *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III, p. 50 et suiv.

les malades anémiques par des émissions sanguines a été la seule objection sérieuse, que mes honorables collègues des hôpitaux aient faite à l'emploi des sangsues pendant la période chronique de cette affection. Ils redoutaient, comme je redoute moi-même, que la constitution des malades affaiblies ne puisse suffire au travail de réparation, qui se fait toujours beaucoup mieux et plus vite chez les sujets vigoureux que chez ceux qui sont cachectiques, et ne puisse surtout suffire à cette réparation, lorsque le caillot sanguin, au lieu d'être résorbé, est éliminé par le vagin ou par le rectum à la suite d'un travail inflammatoire.

Au moment où se développe le travail inflammatoire, qui doit amener l'élimination de l'épanchement sanguin intra-péritonéal, il faut surveiller attentivement l'état de la malade, pour modérer cette inflammation, si elle est trop intense et fait craindre le développement par contiguïté d'une péritonite généralisée, mais aussi pour ne pas troubler par une médication intempestive l'effort curateur de l'organisme, s'il reste dans de justes limites. Lorsqu'il a déterminé une fistule, il faut favoriser l'expulsion du sang par la continuation des applications chaudes, et en particulier par l'emploi de lavements tièdes, fréquemment répétés, si l'hématocèle s'est ouverte dans le rectum et sans se préoccuper dans cette circonstance de la possibilité du passage des matières fécales dans le kyste sanguin. Cet accident, malgré les appréhensions exprimées à ce sujet par M. Nélaton (1), ne me paraît pas à redouter si l'on consulte les faits; aussi peu importe qu'on admette, ou non, la raison donnée par Dupuytren (2) pour expliquer cette non-pénétration, elle n'a pas lieu, ou du moins je n'en connais pas d'observation. Il résulte de là que je proscris de la manière la plus formelle d'avoir recours, en vue d'une crainte qui ne repose sur aucun fait, à l'instrument tranchant, d'agrandir la fistule à l'aide du bistouri et d'énucléer de vive force le caillot sanguin, comme l'a fait M. Denonvilliers dans l'observation qu'il a publiée (3) et qui établit que cette intervention chirurgicale peut être immédiatement suivie d'accidents rapidement mortels. On n'a ainsi qu'à favoriser l'expulsion du sang liquide et des caillots et à modérer le flux diarrhéique

(1) Voisin, *loc. cit.*, p. 55, ligne 7.
(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 335.
(3) Obs. XXVI, p. 203.

ou dysentériforme qui l'accompagne, lorsque ce flux est trop considérable et surtout lorsque l'inflammation du rectum, développée par voisinage, donne lieu à des ténesmes très pénibles. Mais il faut se souvenir qu'il ne s'agit pas là d'une véritable dysenterie et que les émollients ou de légers narcotiques, auxquels il faut parfois associer l'ingestion de quelques doses de diascordium ou de thériaque, suffisent en général pour amender le flux intestinal qui, lorsqu'il est modéré, est plutôt utile que nuisible à l'expulsion des caillots sanguins. Il ne devient inquiétant que lorsque soit la longue persistance des souffrances, soit l'inflammation suppurative du kyste a profondément débilité la malade et que, sous l'influence de cette détérioration de la constitution, le flux intestinal prend les caractères de la diarrhée colliquative.

Je ne m'arrêterai pas à tracer la conduite du médecin dans cette triste circonstance, qui, si désespérée qu'elle paraisse, offre cependant encore quelques chances de salut, et exige par conséquent qu'il surveille minutieusement l'état de sa malade pour combattre les affections disséminées, qui peuvent se produire sous l'influence de la colliquation, et pour tâcher de soutenir les forces défaillantes par une sage administration de toniques que je n'ai pas à énumérer. Je dirai seulement que je place au premier rang, dans cette circonstance, les bouillons froids, les gelées de viande, le vin qui, en général, sont beaucoup mieux supportés que les alexipharmaques qui bientôt répugnent aux malades, et qui, dans un grand nombre de cas, ont un effet tout opposé à celui qu'on espérait parce qu'ils augmentent le flux intestinal. Malgré tous ces moyens on a le plus souvent la douleur de voir les malades, arrivées à cette période, tomber dans un collapsus dont rien ne peut les tirer, si alors le kyste, qui, jusque-là, ne s'était pas ouvert, ou dont la fistule était défectueusement placée, ne donne pas tout à coup issue au pus et au sang qu'il contient. Aussi à cette période ou plutôt au commencement de cette période, dont je n'ai pas à présenter la symptomatologie plus ou moins complexe, trouve-t-on dans certains cas l'indication d'avoir recours à la ponction du kyste sanguin par le vagin, qui, jusque-là, offrait de trop grands dangers, comme on peut le voir par le tableau que j'ai placé en note. Mais je dois dire que je n'attache qu'une fort médiocre importance à ce tableau statistique, non-seulement parce qu'il comprend des faits dissemblables, mais aussi parce que dans un

grand nombre d'entre eux on ne trouve pas indiquées les conditions, dans lesquelles ces opérations ont été faites (1).

Je pourrais, je devrais même m'en tenir à ce que je viens de dire de la ponction des hématocèles, c'est-à-dire qu'elle ne doit être qu'une ressource extrême, indiquée seulement dans les cas où l'état de la malade fait croire que le kyste sanguin, par suite du travail inflammatoire dont il a été le siége, contient du pus et du sang, et que l'expulsion spontanée ne pourra se produire en temps utile, parce que l'opinion que je viens de formuler est aujourd'hui, après les malheurs qui ont eu lieu, l'opinion générale (2). Cependant l'autorité de quelques-uns des derniers partisans de la ponction propo-

---

(1) Hématocèles traitées par la ponction : 29 cas ; 22 guérisons, 7 morts.

22 *cas de guérison.*

1. Obs. de Jourel, rapportée XLVI, p. 261 de ce mémoire.
2. Obs. de Récamier, obs. XXXIV, p. 200, et obs. XXXV, p. 202.
1. Obs. de M. Velpeau, obs. XXXIX, p. 219.
2. Obs. de M. Juteau, *Thèse de Viguès*, p. 49 et p. 52.
1. Obs. de M. Nélaton, *Thèse de Viguès*, p. 7.
1. Obs. de M. Nélaton, *Thèse de Voisin*, p. 94.
1. Obs. de MM. Dubois et Nélaton, citée par M. Voisin (*Traité de l'hématocèle*. Paris, 1860, p. 239), mais sans indication bibliographique.
1. Obs. de M. Maisonneuve, *Thèse de Fenerly*, p. 70.
1. Obs. de M. Robert, *Société de chirurgie*, *Gazette des hôpitaux*, juillet 1851.
1. Obs. de M. Marotte, *id.*
1. Obs. de M. Oulmont, *Thèse de Voisin*, p. 78.
1. Obs. de M. Barthez, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, avril 1859, p. 36.
3. Obs. de M. Nonat, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1860, p. 869, 870, 872.
1. Obs. de M. Tilt, *Diseases of women*, London, 1853, p. 261.
4. Obs. de M. West, *Diseases of women*, London, 1858, p. 456 et suiv.

7 *cas de mort.*

1. Obs. de M. Malgaigne, rapportée en note, p. 283 de ce mémoire.
1. Obs. de M. Denonvilliers, rapportée obs. XXXVI, p. 203.
1. Obs. de M. Mikschick, obs. XLV, p. 260.
1. Obs. de M. Besnier, obs. XXXI, p. 160.
1. Obs. de M. Piogey (grossesse extra-utérine), *Thèse de Viguès*, p. 26.
1. Obs. de M. Voillemier, *Thèse de Voisin*, p. 98.
1. Obs. de M. Monod, *Société de chirurgie*, 1851, *loc. cit.*

Je dois prévenir qu'il faut se garder de faire double emploi d'une même observation, qui souvent porte différents noms d'auteurs ; ainsi j'ai dû faire abstraction des observations publiées par les internes de M. Nonat qui les a rassemblées dans son ouvrage où il est plus facile de les trouver que dans les thèses où elles ont d'abord été rapportées.

(2) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, *loc. cit*

sée par Récamier (1) comme méthode générale de traitement des hématocèles, vulgarisée comme telle par M. Nélaton (2), qui depuis, il est vrai, et quoique ses élèves n'aient publié de lui que des succès et pas un seul revers (3), en a restreint l'emploi à des cas déterminés (4), m'oblige à exposer les circonstances qui la rendent si dangereuse : mortelle dans le quart des cas à peu près, suivie d'accidents excessivement graves dans un certain nombre de ceux qui se terminent heureusement (5). La première raison c'est que toute intervention chirurgicale dans les épanchements sanguins, même lorsqu'ils sont sous-cutanés, détermine un travail pathologique, qui peut être si grave que la crainte de cette éventualité dangereuse a fait ériger en principe d'éviter, autant que possible, de mettre les foyers sanguins en communication avec l'air ; par conséquent la ponction des hématocèles doit être considérée comme une opération téméraire, même par ceux qui admettent qu'elles peuvent avoir pour siége le tissu cellulaire péri-utérin. La seconde raison c'est que le plus grand nombre des hématocèles, en acceptant même que quelques-unes de ces tumeurs sanguines soient extra-péritonéales, ce que je déterminerai dans le mémoire suivant, ont pour siége la cavité pelvienne. Cette circonstance, dont Récamier n'avait nulle notion, rend, on le conçoit facilement, le pronostic de la ponction beaucoup plus grave que si l'épanchement sanguin était, au contraire, le plus souvent placé en dehors du péritoine. J'avoue que ces deux raisons ont eu sur moi une telle influence que, même au moment du plus grand engouement pour la ponction, je repoussais ce mode de traitement, et que je me demandais alors comment un chirurgien, aussi judicieux que M. Nélaton, pouvait inaugurer son prochain enseignement à la Faculté par une si flagrante opposition à un des préceptes de la chirurgie le plus solidement établis, qui me semblait devoir être suivie de résultats bien plus tristes encore que ceux qui ont

(1) Bourdon, *loc. cit.*, p. 67.

(2) Nélaton, *Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis* (*Gazette des hôpitaux*, févr. 1851).

(3) Voisin, *Traité de l'hématocèle*. Paris, 1860, p. 239 et 242. Dans la suite de cet ouvrage je ne renverrai plus à cette seconde édition de la *Thèse de M. Voisin*, parce que dans la précipitation de sa publication, son auteur y a laissé de si nombreuses et de si flagrantes inexactitudes que; si je devais y renvoyer, j'aurais à les signaler, ce que je tiens à ne point faire.

(4) Voisin, *Thèse inaugurale*, p. 72.

(5) Obs. XLVI, p. 261. — Obs. de M. Oulmont, *Thèse de Voisin*, p. 78. — Obs. de M. West. *loc. cit.*, p. 456.

eu lieu, si peu avantageux qu'ils aient été. La troisième raison c'est qu'il faut pour obtenir de cette opération l'évacuation de l'épanchement sanguin, ou qu'il soit liquide, alors que l'opération soit faite lors d'une recrudescence, et par conséquent à une époque où l'intervention chirurgicale est plus dangereuse qu'à toute autre ; ou, au contraire s'il est en grande partie coagulé, qu'on agrandisse par une incision l'ouverture résultant de la ponction et qu'on aille alors, à l'exemple de M. Denonvilliers (1), extraire péniblement le coagulum sanguin à l'aide d'une cuiller, qu'on fait agir d'estoc et de taille, sans se préoccuper qu'on la manœuvre ainsi dans une cavité dépendante du péritoine. Enfin une dernière raison, c'est que la cavité pelvienne, ainsi violemment vidée, et que cette manœuvre barbare vient irriter, au lieu de former alors une cavité, pour ainsi dire, virtuelle comme à l'état normal, constitue, malgré la réintégration plus ou moins complète de l'utérus dans sa position, une anfractuosité largement béante dans le vagin par suite, d'une part, des adhérences solides des différentes parties qui par leur réunion forment la voûte du kyste, et, d'autre part, de l'immobilité absolue du péritoine pariétal qui est intimement retenu à l'enceinte osseuse du bassin. Il résulte de là que cette cavité, en libre communication avec l'air extérieur, et dont les parois ne peuvent se mettre en contact, devra par conséquent suppurer pendant un certain temps après l'énucléation du caillot sanguin pour arriver à se combler.

Toutes ces circonstances, dont le plus grand nombre se présentent presque également dangereuses dans les hématocèles extra-péritonéales, si tant est qu'il en existe, et qui expliquent la gravité extrême de la ponction, doivent empêcher d'avoir recours à une intervention chirurgicale, tant qu'elle n'est pas devenue, pour ainsi dire, la seule ressource qui reste pour conjurer une mort à peu près certaine. Je ne décrirai pas le procédé opératoire qu'on doit employer, parce qu'il est on ne peut plus simple ; je dirai seulement qu'il paraît utile de faire dans le kyste, pendant un certain nombre de jours après l'opération, d'abondantes et fréquentes injections soit d'eau tiède simple, soit des injections iodées ; du moins on y a eu recours chez six des malades qui ont guéri (2), et avec avantage, semble-t-il.

---

(1) Denonvilliers, obs. XXXVI, p. 203.
(2) Bourdon, *loc. cit.*, 2. — Velpeau, *loc. cit.*, 1. — Nonat, *loc. cit.*, 3.

Mais je dois dire en même temps qu'il faut apporter la plus grande attention dans l'administration de ces injections, pour qu'elles ne déterminent pas des accidents que j'indiquerai dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite, et qui précipiteraient la terminaison fatale. Malheureusement je dois reconnaître que cette opération ultime, quelque soient les soins dont on entoure les malades, ne donnera lieu qu'à de bien rares guérisons, mais dont un seul cas compenserait tous les revers, puisqu'elle ne doit être faite que dans des cas pour ainsi dire désespérés.

La gravité de la ponction des hématocèles indique de la manière la plus formelle de s'abstenir de cette opération pour donner issue aux accumulations sanguines, qui résultent d'une imperforation congénitale ou acquise de l'*ostium uterinum* des trompes, qui forme notre huitième espèce de rétention menstruelle, puisque dans cette espèce les dangers de l'intervention chirurgicale ne seraient pas même compensés par la chance d'une amélioration durable. Dans les cas de cette espèce, ou du moins dans ceux qu'on peut soupçonner avec plus ou moins de probabilité pendant la vie être de cette espèce, il est impossible de rien oser dans l'état actuel de nos connaissances. On doit se borner à combattre les accidents qui se présentent, et sans aller au delà de ce qui semble impérieusement indiqué, dans la crainte d'être nuisible, d'entraver par une médication intempestive les efforts curateurs de l'organisme qui peuvent amener une guérison spontanée soit par une abolition prématurée de la fonction génitale comme dans l'observation de M. Menière (1), soit par la production d'une fistule génito-rectale comme dans l'observation XLIX (2). Ces deux observations, mais surtout la dernière observation, que je viens de rappeler, à laquelle j'ai donné une longueur peut-être exagérée, mais que j'ai crue nécessaire pour que les détails qu'elle contient puissent empêcher d'avoir recours prématurément à une ponction dans le cas où une imperforation congénitale des trompes donnerait lieu, comme dans l'observation XXXI (3), à une hématocèle, indiquent que dans ces cas douteux le plus sage est de s'abstenir de toute tentative téméraire. Je

(1) Voyez obs. XXXIII, p. 169. Voyez aussi l'observation sommairement rapportée par M. Huguier, *Bulletins de la Société de chirurgie*, mai 1856.

(2) Obs. XLIX, p. 307.

(3) Obs. XXXI, p. 160.

conseillerai donc de faire le traitement indiqué par les symptômes et de soutenir du mieux possible les forces de la malade, pour que sa constitution puisse suffire au travail pathologique destiné à amener spontanément l'ouverture du kyste sanguin soit dans le rectum, soit dans le vagin, et à l'organisation d'une fistule permanente, qui servira chaque mois de canal de décharge au produit menstruel tubo-ovarien. Mais le conseil que je viens de donner de s'abstenir de toute intervention active, qui me paraît aujourd'hui la plus sage conduite, n'emporte point que, dans certaines circonstances où le kyste sanguin rétro-utérin serait devenu le siége d'une collection purulente, on ne doive avoir recours à une ponction dont on tâcherait de maintenir l'ouverture fistuleuse. Ce conseil ne doit pas surtout faire négliger de recueillir précieusement et de publier tous les faits de cette espèce, qui sont si importants à étudier pour eux-mêmes et pour l'histoire générale des hématocèles qui fera le sujet du mémoire suivant.

DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

ET DE SES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS.

Dans le mémoire précédent j'ai longuement insisté sur le plus grave des accidents, auquel donne lieu dans certaines circonstances la rétention de la sécrétion menstruelle, c'est-à-dire sur la migration dans la cavité du péritoine du sang primitivement contenu dans les organes génitaux et sur les conséquences de cette erreur de lieu du flux cataménial : développement d'une péritonite plus ou moins grave, et production d'une tumeur sanguine intra-pelvienne, qui, depuis ma première publication (1), a reçu le nom d'*hématocèle rétro-utérine* (2). La date de cette publication, les longs développements dans lesquels je suis entré dans ce mémoire pour démontrer la corrélation de l'hémorrhagie intra-péritonéale que je décrivais et de la menstruation (3), enfin toute la peine que j'ai prise pour rattacher à la perturbation de la fonction cataméniale diverses tumeurs pelviennes, constituées par des vestiges plus ou moins anciens de l'épanchement menstruel (4), pourraient certainement me donner plus qu'à aucun de mes contemporains, le droit de revendiquer le mérite d'avoir découvert les hématocèles. Cependant je n'ai aucune prétention à cette découverte qui, comme je l'ai moi-même indiqué en 1848 (5), doit être reportée à Ruysch (6), qui depuis

---

(1) G. Bernutz (1848), *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Archives générales de médecine*, juin, août, décembre 1848; février 1849, 4e série, t. XVII, p. 129 et 433 ; t. XVIII, p. 405 et t. XIX, p. 186.

(2) Nélaton (1851), *Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques* et recueillies par MM. Baucher et Gaillet, internes du service. *Gazette des hôpitaux*, 11, 13, 16 décembre 1851 ; 29 janvier et 10 février 1852).

(3) G. Bernutz, t. XVII, p. 148 et suiv.

(4) *Id.*, p. 151.

(5) *Id.*, p. 150.

(6) A Ruysch (1691) appartient l'honneur d'avoir indiqué le passage du sang menstruel dans le péritoine. (*Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, observation LXXXV, p. 110, édit. d'Amsterdam, 1691). — J'ai transcrit dans le précédent

1691 n'est jamais tombée complétement dans l'oubli (1), et qui enfin se trouve indiquée de la manière la plus explicite dans un ouvrage tellement classique qu'il est impossible à un médecin un peu instruit d'avouer qu'il ne l'a pas lu (2). Mais je puis avoir du moins la prétention d'avoir donné à la découverte de Ruysch, restée jusqu'à moi une simple indication, sa véritable valeur et la prétention surtout que mes recherches ont servi de point de départ à tous les travaux récents sur l'hématocèle, malgré le silence prolongé de M. Né-

---

mémoire, p. 25, cette observation, qui, lors de la publication, a eu un tel retentissement qu'elle est la seule des observations de Ruysch qu'aient reproduites les érudits de Leipsick (*Acta eruditorum*, t. X, p. 69) en rendant compte de son ouvrage.

A M. H. Bourdon (1841) revient incontestablement le mérite d'avoir le premier décrit, d'après les indications sommaires que lui avait données Récamier, son maître, les signes physiques des tumeurs hématiques, appelées aujourd'hui hématocèles, dont il plaçait le siége dans le tissu cellulaire péri-utérin, et dont il ignorait complétement la corrélation avec les troubles menstruels. — *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, juillet, août, septembre 1841). — J'ai transcrit dans le précédent mémoire, p. 200 et 202 les deux observations d'hématocèles rapportées dans le mémoire de M. Bourdon.

A M. Velpeau (1843) appartient l'honneur d'avoir, le premier et sans avoir recours à une ponction exploratrice, posé pendant la vie de diagnostic d'une de ces tumeurs sanguines, dont le siége précis restait pour lui indéterminé ainsi que leur corrélation avec les troubles menstruels, — *Recherches anatomiques, etc., sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, p. 430. Paris, 1843). J'ai transcrit cette observation dans le précédent mémoire, p. 219.

Il me siérait mal d'apprécier moi-même mes propres travaux, cependant il m'est permis d'indiquer :

1° Que personne ne peut me contester d'avoir le premier démontré la corrélation qui existe entre le plus grand nombre des épanchements sanguins, appelés aujourd'hui hématocèles, et les troubles de la menstruation, mais d'avoir eu la sagesse de me garder de leur assigner à tous cette filiation et de les faire dériver tous d'une seule et même lésion, t. XVII, p. 149.

2° Qu'on n'a, pour ainsi dire, rien ajouté à la description anatomico-pathologique des hématocèles que j'ai le premier tracée, t. XVII, p. 140 et suiv.

3° Qu'on a presque textuellement reproduit le tableau morbide, qui caractérise l'irruption du sang menstruel dans la cavité pelvienne, que j'ai présenté, et, presque sans y rien changer, copié la description que j'ai le premier tracée de cette péritonite hémorrhagique, t. XVIII, p. 416 et suiv.

4° Enfin qu'on n'a pas complété les indications que je donnais sur les changements que subit le sang épanché dans le péritoine, et que je me réservais en 1848 de décrire quand j'aurais pu réunir tous les matériaux suffisants pour le faire (t. XVII, p. 152, t. XVIII, p. 416) ; mais que M. Velpeau avait indiqués sommairement avant moi, *loc. cit.* et *Médec. opérat.*, t. IV, p. 350, 2e édition, 1839.

(1) M. Schurgius, *Muliebria historico-medica*, sect. 3, ch. IV. *De tubis Fallopianis*, p. 350. Dresde et Leipsick, 1729.

(2) J.-P. Frank, t. II, p. 267, édition française avec préface de Double. Paris, 1842.

laton (1) qui, jusque dans ces derniers temps (2), s'était abstenu de placer dans son historique la plus petite mention de mon mémoire, quoiqu'il y eût largement puisé pour ses leçons sur l'hématocèle (3). Passons sur ce fait; la nature de ce travail ne comporte pas que je me perde dans des détails bibliographiques (4) pour rectifier l'historique tout de fantaisie (5), qui a été tracé de l'hématocèle par des élèves

---

(1) Nélaton, *Leçons orales faites à l'hôpital Saint-Louis* (*Gaz. des hôpit.*, février 1851). — Id. *Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques* (*Ibid.*, décembre 1851-1852).

(2) Nélaton (1859), *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 710.

(3) Nélaton, *Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques*. Comparez ces leçons aux premières faites à l'hôpital Saint-Louis, dans l'intervalle desquelles M. Nélaton m'avait prié de venir à l'hôpital Saint-Louis voir dans son service deux malades affectées d'hématocèles, et de lui rendre un second exemplaire de mon mémoire, parce qu'il ne pouvait retrouver celui que je lui avais moi-même porté en février 1849, lors de la publication; ce que j'ai fait. Parcourez la *Thèse de Fenerly* (Paris, 1855) écrite, dit l'auteur, d'après les leçons de M. Nélaton, et qui contient des pages textuellement copiées de mon mémoire. Cependant, malgré ces larges emprunts, dont quelques-uns sont guillemetés avec indication de leur origine, mon nom n'a pas trouvé place, si petite que ce soit, dans l'historique placé en tête de cette thèse, que, malgré cette lacune, j'aurai l'impartialité de considérer comme une des meilleures de toutes celles qui ont été présentées à la Faculté de Paris sur les hématocèles.

(4) Immédiatement après mon travail, publié en 1848, et avant les leçons de M. Nélaton, vient par date de publication la *Thèse de M. Viguès*. Paris, 1850. Il suffit de lire cette thèse qui ne contient aucune indication qu'elle ait été écrite sous l'inspiration de M. Nélaton pour se convaincre qu'elle est l'œuvre propre de M Viguès et que M. Nélaton n'y a eu aucune participation, et pour comprendre alors le sens d'abord obscur du rapport fait à la Société anatomique par M. Gallard (*Bulletins de la Société anatomique*. Paris, 1856, p. 380).

A ce propos, je dois dire que M. Nélaton (*Éléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 710), en voulant prendre date sur son élève, M. Viguès, aurait dû s'apercevoir que sa réclamation n'est pas heureuse. On ne comprend point comment une découverte, dont il fixe lui-même la date à 1849, a pu lui permettre en 1848 de rassurer M. Beau et les assistants sur l'issue de tumeurs que présentaient deux malades dont les observations se trouvent rapportées dans la *Thèse de M. Viguès*, p. 49 et suivantes, avec la date authentique de 1848, facile à vérifier, à laquelle ont été recueillies ces observations que M. Nélaton rappelle succinctement. Il a tout simplement oublié que sa prétendue découverte dont il vient lui-même de fixer la date en 1849 quelques lignes plus haut, ne pouvait lui permettre une année auparavant de rassurer M. Beau et les assistants sur l'issue de tumeurs, dont il n'a commencé à soupçonner la nature bénigne que l'année suivante.

(5) Je n'ai pas besoin de dire que les trois faits empruntés à hippocrate (Voisin, *Thèse citée*, p. 9) n'ont aucune valeur, il suffit de les lire. On s'étonne après une citation si peu importante de ne pas trouver dans cet historique les noms de Ruysch (*loc. cit.*), de J.-P. Frank (*loc. cit.*), de Bright (*loc. cit.*), de B. Brodie (*loc. cit.*), qui tous quatre avant moi avaient admis le passage du sang menstruel dans le péritoine par reflux du sang de l'utérus dans les trompes, et qui étaient tous quatre d'assez grands noms pour n'être pas laissés dans l'ombre.

On s'étonne plus encore qu'un historique qui donne place à des travaux de la plus mé-

trop complaisants. Il me suffit de renvoyer aux travaux originaux, indiqués en note, ceux qui voudront déterminer impartialement la part qui revient à chacun de ceux qui ont coopéré à l'œuvre collective, que M. Nélaton a eu le talent de résumer et de pouvoir vulgariser par son enseignement. Dans cette œuvre collective M. Nélaton n'a guère apporté de nouveau que le nom d'hématocèle, qui indique la fusion irrationnelle qu'il a faite des travaux de ses devanciers en rejetant une partie de chacun d'eux, en gardant l'autre, pour composer avec toutes celles-ci ses leçons. Elles ne contiennent de véritablement original qu'une description plus exacte et beaucoup mieux circonstanciée des signes physiques de la tumeur sanguine rétro-utérine que toutes celles qui avaient été tracées avant lui. Il y a loin de là à l'appréciation enthousiaste de ses élèves qui ont voulu à tout prix trouver dans ces leçons une découverte de la plus haute importance ; on comprendra que je ne puis être de leur avis, cependant je n'aurais pas insisté ainsi sur l'inanité absolue de leur prétention si je n'avais dû, pour compléter le mémoire précédent, présenter l'histoire générale de l'hématocèle. Mais c'est assez d'historique puisque j'ai surtout besoin de différencier les unes des autres, chacune des variétés de l'hématocèle qui, ainsi que je l'ai dit souvent, n'est et ne peut être considérée que comme une affection symptomatique et ne mérite, à aucun point de vue, la qualification de maladie que M. Viguès lui a donnée (1).

Je ne m'arrêterai pas à démontrer que la tumeur hématique, vestige de l'hémorrhagie, isolée de la cause pathologique qui l'a produite, n'a pas droit à la qualification de maladie, parce qu'il me semble impossible de supposer qu'un médecin un peu sérieux ait pu avoir la pensée antiscientifique d'ériger en maladie un malheureux caillot, sans comprendre au moins dans l'histoire de l'épanchement sanguin l'hémorrhagie qui lui a donné naissance, et dont la détermination nosologique peut seule faire question. La question ainsi simplifiée se résume dès lors dans la détermination nosolo-

---

diocre valeur, français et étrangers, ne contienne pas la moindre mention de l'article très remarquable publié en Angleterre par M. Tilt (*Pathology and treatment of sanguineous pelvic tumours, Diseases of women*, p. 254, 2e édition. Londres, 1853). Mais il faut dire que cet article extrêmement intéressant, auquel j'aurai à faire différents emprunts, a pu sembler à M. Voisin infiniment gênant pour son historique.

(1) Viguès, *Thèse inaugurale*. Paris, 1850, p. 6.

gique de l'hémorrhagie génératrice du dépôt sanguin, appelé hématocèle, et qui, pour mériter le nom de maladie, doit n'être pas une expression symptomatique d'un ou de différents états morbides, comme le sont toutes les hémorrhagies en général, car sans cette condition le flux sanguin n'est plus qu'une affection symptomatique, dont chacune des variétés doit être rattachée à l'état morbide différent dont il procède. Ramenée à ces termes, la question est pour ainsi dire résolue sans discussion, il suffit de lire les titres disparates des observations, qui ont été indistinctement réunies par les élèves de M. Nélaton dans une seule et même analyse pour constituer l'histoire de leur prétendue maladie hématocèle (1), pour être convaincu que le flux sanguin, qui des organes génitaux se deverse dans le péritoine, ne fait pas exception à la loi générale des hémorrhagies, et par conséquent ne mérite pas plus le nom de maladie que ne le mériteraient l'hémoptysie, l'épistaxis, le melæna, etc.

Après ces réflexions, que je regrette d'avoir été obligé d'exposer, tant elles sont élémentaires, je n'ai pas besoin de dire que cette opinion qui a été l'idée mère de mon travail de 1848 (2), sera encore l'idée dominante de celui-ci, malgré le grief assez singulier (3) qui m'a été fait d'avoir rattaché les hématocèles, que j'ai décrites, à l'état morbide dont elles me semblaient dériver au lieu d'en faire une entité fictive, ou en d'autres termes le grief d'être resté fidèle à une des notions fondamentales de la pathologie, dont l'oubli ne peut conduire qu'à une déplorable confusion qui ne s'est que trop malheureusement produite. Aussi, malgré la critique qui m'a été faite, mais qui, pour être fondée, eût exigé que toutes les hématocèles, sans exception aucune, soient purement et simplement des ovulations extra-utérines (4) sans cause pathologique, ce qui est complétement inadmissible (5), je persisterai dans les prétendus errements de mon orthodoxie médicale. Au lieu de réunir, comme M. Nélaton et ses élèves, dans une seule et même analyse des faits aussi disparates que

(1) Fenerly et Voisin, *loc. cit.*

(2) G. Bernutz, *loc. cit.*, t. XVII, p. 131 et suiv.

(3) Genouville, *Archives gén. de médecine*, 1858, 5e série, t. XII, p. 466.

(4) Gallard, *Théorie de l'hématocèle* (*Gazette hebdom.*, 1858, p. 461).

(5) Le caillot sanguin qui se détache de l'ovaire à une ovulation normale ne dépasse pas 2 grammes, alors comment rattacher à une ovulation extra-utérine les tumeurs grosses comme la tête d'un fœtus, indiquées dans le plus grand nombre des observations d'hématocèle.

le sont des grossesses extra-utérines, des imperforations congénitales, des rétentions menstruelles, des métrorrhagies de toute nature, des ruptures d'anévrysme et de varices tubo-ovariennes, à des péritonites hémorrhagiques et même à des thrombus et de donner à cette fusion irrationnelle le nom de maladie (1), je chercherai, au contraire, à différencier les unes des autres chacune des variétés de ces épanchements sanguins, dont il importe essentiellement de connaître la filiation pathologique. Mais pour arriver à cette distinction, si importante à mes yeux et qui se trouve aujourd'hui embarrassée par la fusion, ou plutôt par la confusion, dans une seule et même description de faits aussi dissemblables que ceux que je viens d'indiquer et que j'aurai soin de rapporter tous en leur lieu, il me paraît indispensable de rappeler succinctement quelques-unes des dispositions anatomiques des organes génitaux féminins et de les rapprocher des dispositions qu'affectent les organes génitaux homologues chez l'homme, parce que les analogies anatomiques se reflètent en pathologie et rendront ma tâche plus facile.

Au point de vue de notre sujet les deux différences capitales, que présentent les organes génitaux analogues chez l'homme et chez la femme, consistent dans la situation intra-abdominale du testicule féminin et dans la mobilité nécessaire de son épididyme (pavillon de la trompe (2) pour venir aux époques menstruelles s'appliquer sur les différents points de la surface de l'ovaire, qui sont successivement le siége de l'ovulation (3).

Du siége intra-abdominal de l'ovaire résulte que la partie du péritoine, qui est entraînée au dehors chez l'homme par la migration extérieure de chacun des testicules, reste, au contraire, chez la femme à tapisser dans une certaine étendue l'excavation pelvienne, et forme ainsi une grande partie du cul-de-sac utéro-rectal qui, par cela même, peut être assez légitimement considéré comme l'analogue de la double tunique vaginale masculine. Cette analogie anatomique, que j'ai déjà

---

(1) Fenerly et Voisin, *loc. cit.*

(2) Postello, *Medicinæ in Academia Cadonensi professor* (*Acta eruditorum*, t. III, p. 40. Leipsick, 1692).

(3) Je n'ai pas à me préoccuper ici du mécanisme de ce rapprochement différemment expliqué. Voyez le mémoire de M. C. Rouget, *Recherches sur les organes érectiles de la femme*, etc. *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, t. Ier, n° 2 et 3 Paris, 1858.

indiquée dans un autre travail (1), permet de donner au nom d'hématocèle, appliqué par M. Nélaton (2) aux tumeurs sanguines rétro-utérines, une signification plus restreinte que celle qu'il lui a donnée. Elle permet de faire pour la dénomination d'hématocèle ce qu'on a adopté pour celle d'hydrocèle, c'est-à-dire de l'affecter exclusivement aux épanchements sanguins qui, dans les deux sexes, occupent la tunique vaginale et dont l'histoire pathologique présente dans l'un et l'autre sexe un assez grand nombre de points de ressemblance. J'insiste sur l'avantage incontestable de cette précision du mot hématocèle, qui autorise à distraire immédiatement de l'histoire de cette affection les suffusions sanguines des ligaments larges et du tissu cellulaire sous-vaginal, qui sont complétement dissemblables des épanchements sanguins intra-péritoneaux, pour rapprocher ces thrombus des infiltrations sanguines du scrotum avec lesquelles ils ont une très grande analogie, et qui supprime ainsi des discussions irritantes qui, au fond, n'ont été que des questions de mots. La restriction, que je viens de proposer au sens du mot hématocèle, me permettra d'y rester étranger et d'éliminer de mon travail les prétendues hématocèles extra-péritonéales, dont il n'existe pas une seule observation irréfragable, en dehors de la gestation et de la puerpéralité du moins, ainsi qu'on peut le voir en consultant les indications que j'ai placées en note (3). Elle permet surtout de rendre aux observations dans les-

---

(1) G. Bernutz et E. Goupil, *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins.* (*Arch. gén. de médecine*, mars 1857, p. 14). — Lacourtiade, *Thèse inaugurale.* Paris, n° 177, 1858.

(2) Nélaton, *Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques*, *loc. cit.*

(3) Les observations qui, à ma connaissance du moins, ont été considérées comme des exemples d'hématocèles sous-péritonéales (en dehors de la puerpéralité et de la gestation) sont au nombre de huit.

Quatre ont été tout récemment publiées par M. Nonat, obs. LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, p. 867 et suiv., *loc. cit.*

Deux se trouvent dans la thèse de M. Viguès, obs. II et obs. III, p. 21 et suiv.

Une a été rapportée par M. Robert à la Société de chirurgie, 1855, *Bulletin*, p. 345.

Une a été recueillie par M. Silvestre et a été publiée dans la thèse de M. Voisin, obs. VIII, p. 98.

Les quatre observations de M. Nonat se sont toutes quatre terminées par la guérison et ne peuvent être considérées comme irrécusables, parce qu'il eût été nécessaire pour cela, malgré toute l'autorité de M. Nonat, qu'il y eût à côté de ces cas heureux au moins une autopsie qui sanctionnât la légitimité du diagnostic différentiel, qu'il a tracé des hématocèles intra et extra-péritonéales, et qui jusqu'à présent n'a pas encore été accepté comme certain. Il se trouve malencontreusement que la seule malade affectée d'hématocèle,

quelles l'épanchement sanguin occupait bien et dûment le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qui appartiennent toutes à la puerpéralité, le nom de *thrombus* qu'elles avaient reçu lors de leur publication, et qu'elles méritent à tous égards de conserver. En effet, on s'étonne, en les lisant, que ceux qui les ont rapportées, et en particulier M. Puech (1), à l'érudition duquel je me plais à rendre une pleine justice, n'aient point multiplié les exemples semblables. Il suffisait d'ouvrir le très remarquable travail de Deneux sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin (2), le *Traité de tocologie* de M. le professeur Velpeau (3) ou la thèse d'agrégation de M. Blot (4), pour en trouver un certain nombre d'autres, dont le titre de thrombus eût pu être aussi légitimement, ou plutôt aussi illégitimement converti en celui d'hématocèle extra-péritonéale qu'on l'a fait pour les deux observations que j'ai dû transcrire en note (5) à cause de la dénomination arbitraire qu'on leur a donnée.

---

que M. Nonat eu le malheur de perdre, ait eu un épanchement sanguin intra-péritonéal.

Des deux observations rapportées dans la thèse de M. Viguès, l'une, que j'ai transcrite en note dans le précédent mémoire (p. 283), est bien certainement une hématocèle intra-péritonéale : c'est aujourd'hui l'opinion de M. Viguès lui-même, auquel je l'ai directement demandé ; l'autre, empruntée à M. Piogey, paraît être une grossesse utéro-tubaire, mais elle manque des détails nécessaires.

Une semblable remarque peut être faite pour l'observation de M. Robert.

L'observation de M. Silvestre, que je transcrirai plus loin, ne laisse pas le moindre doute, l'épanchement sanguin, ainsi que l'a indiqué M. Voisin, était incontestablement intra-péritonéal.

(1) A Puech, *loc. cit.*, p. 83, 92, 93, et surtout p. 95 et suiv.

(2) Deneux, *Sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1830, in-8.

(3) Velpeau, *Thrombus*. (*Traité de tocologie*, 2e édit., Paris, 1835).

(4) Blot, *Thèse de concours pour l'agrégation : Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*. Paris, 1853.

(5) Obs. de Chaussier. *Recueil de mémoires, consultations et rapports sur divers objets de médecine légale*, p. 397. Paris, 1824.

Une femme de la campagne, âgée de trente ans, d'une forte constitution, qui était dans le cinquième mois de sa quatrième grossesse, monta sur une charrette qui venait à la ville, distante de son domicile d'environ deux lieues. La violence des secousses et des cahots de la voiture lui causait de grandes douleurs, surtout au côté droit de l'abdomen. A son arrivée à la ville, elle se mit sur un lit pour se reposer de ses fatigues ; mais bientôt il survint des faiblesses, des défaillances, des sueurs froides, et cette femme mourut tranquillement dans l'espace de trois heures.

A l'ouverture du corps, qui fut faite par Leroux (de Dijon), nous trouvâmes l'utérus arrondi, développé comme il l'est de quatre à cinq mois de grossesse ; il occupait la région hypogastrique et contenait un fœtus d'environ cinq mois de conception. Cet organe

Cette élimination effectuée et restitution faite de tous ses droits et priviléges au mot *thrombus*, qui relie nos connaissances pour ainsi dire d'un jour à un passé à peine clos d'hier, et que le nom d'*hématocèle* semble avoir fait oublier, quoiqu'il contienne des matériaux précieux et des documents considérables, entre autres le mémoire de Deneux, si injustement laissé dans l'ombre par les élèves de M. Nélaton et de M. Nonat, reprenons notre examen anatomique, et comparons la tunique vaginale dans les deux sexes. Au premier aperçu, on trouve dans les deux sexes une énorme dissemblance, consistant en ce que la double tunique féminine, au lieu d'être

---

et les viscères des différentes cavités splanchniques étaient dans l'état naturel. Il y avait dans la partie profonde de l'abdomen du côté droit, *sous le péritoine*, une grande quantité de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en un foyer, et formait une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'étendait jusqu'à la hauteur du rein et avait près de cinq pouces de largeur. La quantité de sang extravasé fut évaluée à plus de trois livres ; nous reconnûmes évidemment que l'effusion du sang avait été produite par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit, veines qui sont toujours fort dilatées pendant la grossesse, surtout chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants.

Obs. de Baudelocque, extraite du *Journal de Sédillot*, t. I, p. 472. 1796-1797.

Une femme de petite taille, portant encore les marques extérieures du rachitis qui avait troublé les premières années de sa vie, vint accoucher au mois de septembre 1778. Son bassin me parut n'avoir que deux pouces et demi. La sortie du cordon ombilical ne permit pas de différer l'accouchement après l'évacuation des eaux. On tenta d'abord de l'opérer avec le forceps, mais on ne put y parvenir, ce qui obligea de retourner l'enfant, dont l'extraction fut pénible et laborieuse. Les suites de couches furent alarmantes pendant les six premiers jours, mais au quinzième la femme parut assez bien portante, à la réserve de quelques douleurs, tantôt sourdes et tantôt lancinantes, vers le bas de la fosse iliaque droite, ce qui ne l'empêchait pas de rester levée toute la journée et de marcher librement.

Au vingt-deuxième jour, elle fut prise d'une perte tellement abondante, qu'en quelques minutes elle fut épuisée, et tomba de syncope en syncope, qui donnèrent les plus grandes inquiétudes. Des secours lui furent administrés à l'instant, et elle se rétablit encore assez bien, car elle se leva le lendemain. Le neuvième jour après cette perte, une nouvelle hémorrhagie reparut avec plus de force que la première ; la femme étant debout, appuyée sur la croisée, tomba faible, et mourut aussitôt.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un foyer purulent dans le tissu cellulaire du muscle psoas droit, et un sac variqueux considérable, tapissé de concrétions sanguines, qui s'était ouvert avec cet abcès dans la partie supérieure et antérieure du vagin, à côté du col de la matrice, par un ulcère qui aurait admis l'extrémité du pouce.

La matrice était petite, compacte, ferme au toucher ; son orifice très étroit, et sa cavité n'offrait aucune trace de sang. On a cru pouvoir assurer que l'hémorrhagie, qui avait eu lieu au vingt-deuxième jour des couches, comme celle qui avait fait mourir la femme au trentième, provenait du sac variqueux, et non de la matrice même, comme on l'avait pensé d'abord.

une cavité close, n'est qu'un simple cul-de-sac, et se trouve par toute sa moitié supérieure en libre communication avec la cavité abdominale proprement dite. Il résulte de cette disposition que chez la femme, le produit d'une hémorrhagie provenant, soit des parois du ventre, soit d'un quelconque des organes abdominaux, peut tomber dans le cul-de-sac utéro-rectal, et constituer un épanchement qui, par son siége, semblerait mériter le nom d'hématocèle, mais que son origine, au contraire, doit lui faire refuser. Cette nouvelle exclusion me paraît nécessaire, non-seulement pour simplifier autant que possible le sujet que nous étudions, mais aussi pour ne pas embarrasser l'histoire des hémorrhagies abdominales de distinctions futiles en donnant chez la femme le nom d'hématocèle à des épanchements sanguins qui, chez l'homme, recevraient un nom différent, quoiqu'ils fussent dans l'un et l'autre sexe pour ainsi dire identiques. Cette opinion, professée par M. Trousseau (1), est si bien dans l'esprit de tout le monde, que M. Voisin lui-même n'a pas osé être complétement logique ; ce qui fait qu'il s'est abstenu d'indiquer comme cause d'hématocèles les plaies des parois abdominales, qui peuvent cependant, comme les ruptures d'anévrysmes (2) ou les contusions des parois abdominales par les coups de pied d'un mari (3) et au même titre, produire une tumeur hématique rétro-utérine. Il faut être conséquent, et puisque le sens pratique fait exclure des hématocèles un certain nombre de ces faits, il faut également, à cause des analogies complètes qu'ils présentent, en distraire les autres, malgré l'intérêt que la connaissance de ces derniers peut offrir. Il résulte de là que je n'ai pas même fait d'exception pour l'observation de rupture d'un anévrysme de l'artère iliaque, rapportée par mon excellent ami M. Tilt, qui est cependant d'une telle importance pour notre sujet, que j'ai dû la transcrire en note (4).

---

(1) Trousseau, *Leçon clinique. Gazette des hôpit.*, 22 juin 1858.

(2) Voisin, *loc. cit.*, p. 26.

(3) Voisin, *loc. cit.*, p. 44, ligne 5.

(4) Obs. de M. Tilt (*Pathology and treatment of sanguineous pelvic tumours. in Diseases of women*, London, 1853, obs. LXXIV, p. 260). — *Rupture d'un anévrysme de l'iliaque. — Douleurs abdominales. — Tumeur pelvienne. — Mort plusieurs jours après.*

Une femme, âgée de trente-trois ans, éprouve un frisson qui l'engage à rentrer à la hâte chez elle ; pendant le trajet elle a la sensation d'un déchirement intérieur. Quelques jours après, elle entre dans le service du docteur Lever : son visage était pâle, elle avait des douleurs abdominales très vives, elle ne pouvait rendre ni ses fèces ni ses urines. La

On objectera peut-être, à l'élimination que je propose, la difficulté de pouvoir distinguer pendant la vie, des hématocèles proprement dites, les faits semblables ou analogues à celui de M. Tilt que je viens de rapporter. Mais c'est là une raison vaine, parce que la difficulté actuelle, l'impossibilité même du diagnostic différentiel, et quand même elle devrait toujours exister, ce que je ne crois pas, ne peut autoriser à confondre dans une même description des affections qui, à l'autopsie, se montrent complétement dissemblables, et à rendre par là plus difficile pour l'avenir une distinction à laquelle il faut s'efforcer de parvenir. Cette raison peut encore être moins légitimement invoquée lorsque l'impossibilité du diagnostic résulte, comme dans ce cas, de l'insuffisance des renseignements sur les différents accidents éprouvés par la malade avant l'hémorrhagie intra-pelvienne, dont l'importance est, pour ainsi dire, capitale, puisque ce sont les antécédents qui, seuls, établissent la filiation pathologique qu'il s'agit de déterminer, et qui même, dans un grand nombre de cas, donnent aux signes physiques révélés par l'examen leur véritable signification. J'ai dû, avant d'aller plus loin, faire cette remarque, sur laquelle j'aurai à revenir à satiété, parce qu'elle est complétement applicable aux hémorrhagies symptomatiques d'une grossesse extra-utérine, qui ne me paraissent pas devoir, plus que les précédents épanchements sanguins intra-pelviens originaires de la cavité abdominale proprement dite, être comprises dans les hématocèles. Je les élimine parce que dans ces cas le fait primordial, c'est la grossesse, et non l'épanchement sanguin qui en dérive, soit qu'il résulte de la rupture du kyste fœtal (1), soit qu'il soit le fait d'une hémorrhagie dépendante des fluxions sanguines dont tous les organes génitaux deviennent le siége sous l'influence de la gestation anormale, et qui, dans ce cas, peut venir faire irruption dans le côté du bassin opposé à celui où siége le produit de la conception (2).

---

cavité pelvienne paraissait remplie d'une tumeur qui, au toucher, ressemblait à une affection de nature maligne. Elle n'avait pas de symptômes de péritonite, cependant elle succomba très vite.

A l'autopsie, on trouva la cavité pelvienne remplie de sang coagulé, qui provenait de la rupture d'un anévrysme qui siégeait à la division de l'iliaque primitive droite. La paroi postérieure du vagin était perforée; on avait fait une fausse route en essayant de passer un cathéter dans la vessie, mais il n'y avait pas de signes de péritonite ni de lésions de quelques viscères.

(1) Aran, *loc. cit.*, obs. XXII, p. 792. Cette observation sera rapportée plus loin.

(2) Nonat, *loc. cit.*, obs. LXXXVI, p. 863. Cette observation sera rapportée plus loin.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la légitimité de cette dernière exclusion, qui devient, pour ainsi dire, de nécessité dès qu'on cesse de considérer irrationnellement l'hématocèle comme une maladie, et qu'on lui attribue la qualification d'affection symptomatique qu'elle mérite seulement, parce qu'on doit alors regarder comme une affection obstétricale l'hémorrhagie intra-pelvienne qui est symptomatique d'une grossesse, et séparer tous les faits de cette espèce de ceux de l'état de vacuité. J'aurais dû, par conséquent, reléguer en note, comme j'ai fait pour les observations de thrombus, toutes celles dans lesquelles l'épanchement sanguin intra-pelvien reconnaît pour cause une grossesse extra-utérine ; la multiplicité de ces observations, la difficulté du diagnostic, et surtout l'importance de la distinction de ces hémorrhagies symptomatiques d'une grossesse et des différentes variétés d'hématocèles m'ont empêché d'agir ainsi. J'ai cru préférable de réunir tous ces faits dans un mémoire distinct, qui sera comme un appendice à l'histoire des hématocèles proprement dites, pour pouvoir déduire de l'analyse de toutes ces observations le diagnostic différentiel des grossesses extra-utérines, qui présente de si nombreuses difficultés.

Ces trois éliminations faites, j'ai encore besoin, pour distinguer les unes des autres les différentes variétés d'hématocèles que j'ai à signaler, d'invoquer (aujourd'hui que je suis forcé d'être, bien à contre-cœur, beaucoup plus anatomiste que je ne le voudrais et que certainement je ne le serais, si j'avais mes coudées franches) une dernière dissemblance que présente la tunique vaginale féminine comparée à la tunique vaginale masculine. Je veux parler de la béance habituelle, dans cette cavité, du pavillon de la trompe, qui n'est que momentanément appliqué à la surface de l'ovaire. Il résulte de là que dans cette dernière circonstance, et dans celle-ci seulement, la voie d'excrétion est complète ; tandis que dans les autres, soit par le fait simple de l'éloignement, soit accidentellement par le fait de ruptures morbides, la continuité de l'épididyme féminin à son testicule n'existe pas, ou existe imparfaite, et permet l'épanchement dans la tunique vaginale de différents produits physiologiques ou morbides (1), et permet, en particulier, la production d'épanchements sanguins. Je ferai de ces hématocèles qui peuvent être attri-

(1) Ruysch, *loc. cit.*

buées au défaut de rapport de la trompe à l'ovaire, qui sont de toutes les plus nombreuses et les plus importantes pour moi, parce qu'elles sont exclusivement propres au sexe féminin, une grande classe que j'étudierai la dernière. Je rangerai dans une autre les hématocèles pour la genèse desquelles on ne peut invoquer la solution de continuité du canal déférent féminin, et qui peuvent être considérées comme les analogues des différentes variétés d'hématocèles qui occupent la tunique vaginale chez l'homme.

Les hématocèles proprement dites, c'est-à-dire celles qui sont analogues à celles qu'on observe dans le sexe masculin, se partagent comme celles-ci en deux espèces distinctes, abstraction faite, bien entendu, des suffusions sanguines suite de contusions, de plaies (thrombus chez la femme, hématocèles du tissu cellulaire chez l'homme), auxquelles, comme je l'ai dit plus haut, il me paraît avantageux de refuser la même dénomination qu'aux épanchements sanguins qui, dans l'un et l'autre sexe, sont contenus dans la tunique vaginale.

Dans l'une de ces deux espèces, l'épanchement sanguin est le résultat de la rupture d'un varicocèle utéro-ovarien.

Dans l'autre, l'épanchement est le fait d'une exhalation sanguine de la tunique vaginale, qui mériterait à cette espèce le nom de pelvi-péritonite hémorrhagique proprement dite, parce que cette affection est pour la séreuse pelvienne l'analogue de l'affection de la séreuse thoracique, décrite par Laennec sous le nom de *pleurésie hémorrhagique*.

Les hématocèles, qu'on peut appeler par abréviation féminines, pour indiquer qu'elles sont exclusivement propres au sexe féminin, peuvent se partager en trois espèces (1).

Dans l'une, l'épanchement sanguin est symptomatique d'une affection, pour ainsi dire locale, je veux désigner par là symptomatique d'une affection de la trompe ou de l'ovaire, qui amène la rupture de l'un ou de l'autre de ces organes et l'irruption du sang dans la cavité pelvienne.

---

(1) J'ai adopté cette division qui m'a paru se prêter mieux que toute autre à l'exposition clinique que je me propose. Cependant je reconnais moi-même qu'elle donne beaucoup de prises à la critique. Je l'accepte d'avance, en indiquant pour ma défense que je devais surtout chercher à grouper les faits de manière à faciliter le diagnostic différentiel des diverses variétés d'hématocèles, sans trop me préoccuper du reproche d'avoir, abusivement peut-être, multiplié les divisions.

Dans l'autre, l'épanchement sanguin est le fait d'un vice de l'excrétion, c'est l'espèce que j'ai longuement étudiée dans le mémoire précédent.

Dans la dernière, qui est la plus intéressante de toutes, parce qu'elle est entièrement médicale, l'épanchement sanguin est le fait de l'exagération de l'exhalation sanguine qui est dévolue aux organes génitaux féminins, et résulte d'un fluxus pathologique, tantôt généralisé à tous les organes génitaux, tantôt au contraire limité à un certain nombre d'entre eux seulement. Cette espèce, caractérisée par la production extérieure d'un flux sanguin en même temps que le sang se déverse intérieurement dans la cavité pelvienne, peut se manifester dans toutes les circonstances pathologiques qui sont susceptibles de donner lieu à des métrorrhagies, comme le démontrent les observations qui seront rapportées dans le chapitre consacré à l'étude des différentes variétés de cette espèce. Ainsi on a vu cette irruption du sang dans la cavité pelvienne se produire dans le cours de métrorrhagies symptomatiques d'une grossesse (1), pendant le cours de métrorrhagies consécutives à un avortement (2), ou à un accouchement à terme (3), dans des métrorrhagies symptomatiques de fièvres éruptives (4), de chlorose, ou d'anémie (5), etc., de telle sorte que l'hématocèle n'est dans ces cas qu'un épiphénomène résultant d'une erreur de lieu du flux métrorrhagique, et se trouve par conséquent dominée pathologiquement par la maladie dont le fluxus génital n'est qu'un symptôme.

L'exposé sommaire que je viens de tracer des hématocèles fait comprendre que j'ai dû laisser de côté toute théorie, et n'exposer dans ce préambule aucune de celles qui ont été successivement formulées, et qui, je dois le dire, ne représentent, chacune, qu'un certain nombre des faits particuliers, et ne peuvent, pas plus l'une que l'autre, s'appliquer à la généralité des observations, malgré la croyance contraire des auteurs de quelques-unes d'entre elles. Je signalerai chacune de ces théories en décrivant les diverses espèces d'hématocèles dont j'ai successivement à faire l'histoire dans l'ordre que je viens d'indiquer.

---

(1) Obs. de M. Nonat, *loc. cit.*, obs. LXXXVI, p. 863.
(2) Obs. de Barlow, *Arch. génér. de méd.*, 3e série, t. VII, p. 368.
(3) Obs. de M. West, *Diseases of women*, p. 156. Londres, 1858.
(4) Obs. de M. de Scanzoni, traduct. française, p. 312. Paris, 1858.
(5) Obs. de M. Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 22 juin 1858.

§ 1.—Des hématocèles symptomatiques de rupture de varices utéro-tubaires.

J'ai mis au premier rang les hématocèles symptomatiques de ruptures veineuses, parce que cette espèce doit être considérée comme la plus anciennement connue de toutes par les médecins qui, à l'exemple de M. Nonat (1), donnent à la dénomination d'hématocèle son acception étymologique, qui appliquent cette dénomination à tous les épanchements sanguins du bassin sans distinction de cause ni de siége, et par conséquent l'appliquent à certains thrombus dont la première description remonte, suivant Deneux (2), à 1734. La rupture des veines génitales variqueuses, à laquelle on a attribué, dès 1734, la production des thrombus, peut, dans l'état puerpéral, donner lieu à des infiltrations sanguines du tissu cellulaire du bassin qui, suivant M. Nonat, mériteraient le nom d'hématocèles péri-utérines extrapéritonéales (3). Elle peut donner lieu, dans les mêmes circonstances, à des infiltrations sanguines du tissu cellulaire du bassin et à un épanchement sanguin intra-péritonéal, comme dans l'observation que j'ai placée en note (4). Elle

---

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 327 et suiv.

(2) Deneux, *loc. cit.*, p. 2. — *Dissertation inaugurale* de Jean Henri Kronauer : *De tumore genitalium sanguineo*. Basle, 1734. (Réimpression du mémoire de Deneux, 1833).

(3) Obs. de Chaussier, transcrite plus haut (p. 353), rapportée par Deneux, *loc. cit.*, p. 17. — Obs. de Boer, rapportée par Deneux, *loc. cit.*, p. 32. — Obs. de Chaussier, rapportée par Deneux, *loc. cit.*, p. 55. — Obs. de Deneux, *loc. cit.*, p. 83. — Obs. de M. Cazeaux, rapportée par M. Blot, *Thèse d'agrégation*, 1853, obs. VII, p. 29. — Obs. de M. Depaul, rapportée par M. Blot, *loc. cit.*, obs. VII *bis*, p. 109.

(4) Obs. de Baudelocque, rapportée par Deneux, *loc. cit.*, p. 169. — *Thrombus énorme. — Symptômes de péritonite. — Incision. — Mort. — Suffusion sanguine occupant la fosse iliaque et se prolongeant dans le mésentère. — Caillot sanguin très volumineux dans l'excavation pelvienne.*

Une femme de vingt et un ans, enceinte pour la première fois, accoucha naturellement à l'hospice de la Maternité de Paris, le 1er août 1806, à midi, après un travail de huit heures qui n'avait rien présenté de particulier. La délivrance eut lieu spontanément au bout de peu de temps. A neuf heures du soir, l'accouchée se plaignit d'une pesanteur très douloureuse sur le fondement; il y avait des efforts involontaires d'expulsion comme vers la fin de l'accouchement. On reconnut dans la nuit que ces efforts étaient produits par une tumeur qui occupait tout le côté droit de la vulve et se prolongeait jusqu'à l'anus. Cette tumeur obstruait tout le vagin, comprimait le canal de l'urèthre au point de s'opposer à l'émission des urines et à l'écoulement des lochies.

Le lendemain, le ventre était très développé, dur, douloureux à la pression. On évacua la vessie avec la sonde dont l'introduction fut difficile. On appliqua des cataplasmes émol-

peut enfin, d'après les indications bibliographiques de M. Jacquemier (1), que je n'ai pu contrôler, déterminer des épanchements sanguins, uniquement intra-péritonéaux. Je ne m'occuperai ni des unes ni des autres de ces observations, qui toutes ont été recueillies dans l'état puerpéral, parce que dans ces faits la rupture veineuse, et l'hémorrhagie qui en a été la conséquence, doivent être considérées

---

lients sur la tumeur et l'on fit des injections de même nature dans le vagin. On dut pratiquer de nouveau le cathétérisme dans la journée et dans la nuit.

Le 3 août au matin, la tumeur avait une couleur livide à sa partie inférieure, et vers l'entrée du vagin on reconnut une eschare gangréneuse. L'abdomen était tendu, douloureux, le fond de l'utérus élevé, la peau brûlante, le pouls très fréquent, la soif considérable. Il y avait un assoupissement continuel, d'où la malade sortait avec étonnement et agitation : elle rendait involontairement ses matières fécales. A dix heures du matin, on ouvrit la tumeur, qui était formé par du sang coagulée que l'on fit sortir. Il parut alors un peu de sang liquide. Comme la malade s'affaiblissait rapidement, quoique cet écoulement sanguin fût peu considérable à l'extérieur, on soupçonna un épanchement intérieur. En conséquence, on tamponna le vagin et la plaie, on administra des potions cordiales. Tout fut inutile : la malade succomba à cinq heures après midi, sept heures après l'ouverture de la tumeur.

A l'examen du cadavre, on trouva dans le péritoine un épanchement de sérosité jaunâtre. Le mésentère était largement ecchymosé, de même que toutes les parties situées dans la fosse iliaque droite. Il y avait dans l'excavation pelvienne un caillot de sang noir très volumineux.

« Cette observation, qui est publiée ici pour la première fois, me paraît fort curieuse sous plusieurs rapports. La tumeur n'est survenue que neuf heures après l'accouchement, et son volume a augmenté rapidement au point d'intercepter le cours des urines et des lochies, de rendre le cathétérisme difficile. Des symptômes de péritonite se sont déclarés promptement et ont contribué beaucoup à accélérer la terminaison funeste. Cette inflammation, dont j'ai rapporté deux autres exemples, ne me semble pas aussi fréquente que paraît le craindre Meissner. La tumeur ne fut ouverte que trente-six heures après son apparition, et cependant une hémorrhagie eut lieu. Nouvel exemple à ajouter à ceux que j'ai cités. La présence d'un caillot très volumineux dans l'excavation pelvienne prouve que le tampon a été mal appliqué ; on ne l'a pas porté assez haut, et peut-être l'infiltration du mésentère et de la fosse iliaque est-elle due à l'obstacle que le sang a éprouvé pour s'échapper au dehors. Le tampon a été placé au-dessous de l'ouverture veineuse. Au reste, l'état très fâcheux dans lequel se trouvait la malade au moment de l'ouverture du thrombus ne laissait guère d'espoir de la sauver. »

(1) M. Jacquemier, *Recherches d'anatomie, etc., sur l'utérus humain pendant la gestation, pour servir à l'histoire des hémorrhagies utérines* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. V, p. 323), indique :

Deux faits de cette nature rapportés dans les Procès-verbaux de la distribution des prix de la Maternité ;

Un fait rapporté dans l'ouvrage de Mériman ;

Un fait rapporté par M. Blizard, *Journal des progrès*, t. I.

Je n'ai pu remonter aux ouvrages originaux pour les trois premiers faits, et je n'ai pu trouver le dernier à l'indication donnée, ni dans le tome I de la 1re série, ni tome I de la 2e série du *Journal des progrès*.

comme un accident de la parturition, et qu'il me semble impossible, comme je l'ai dit plus haut, que la question des hématocèles soit jamais élucidée, si l'on ne la scinde pas, si l'on n'étudie pas séparément des faits aussi complétement distincts que le sont ceux qui se présentent dans la grossesse et ceux qui surviennent dans l'état de vacuité. Je ne m'occuperai donc ici que des faits de rupture veineuse qui ont été observés dans l'état de vacuité. Ils ne sont pas nombreux malheureusement, mais au moins deux d'entre eux, publiés longtemps avant la prétendue découverte de l'hématocèle, sont assez probants pour avoir pu autoriser, en 1834, Ollivier (d'Angers) (1) à en tirer les conclusions suivantes : que la dilatation variqueuse du plexus pampiniforme peut s'observer pendant la grossesse et dans l'état de vacuité ; que cette dilatation, lorsqu'elle est portée au delà de certaines limites, peut être suivie de la rupture d'une de ces veines, et ainsi donner lieu à une hémorrhagie intra-pelvienne. Voici les deux faits de rupture veineuse observés dans l'état de vacuité, qui, rapprochés d'observations analogues, mais puerpérales, ont inspiré à Ollivier (d'Angers) les propositions précédentes, qu'on est étonné de ne pas trouver au moins indiquées dans la thèse de M. Devalz (2), pour lequel c'était un devoir de les rapporter.

OBSERVATION Ire (3). — *Deux grossesses antécédentes. — Rupture du plexus veineux pampiniforme droit variqueux. — Mort une demi-heure après, par suite d'une hémorrhagie intra-péritonéale très considérable.*

Une dame, veuve, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, âgée de vingt-neuf ans, mère de deux enfants, jouissait habituellement d'une parfaite santé. A l'occasion d'un bal qu'elle donnait chez elle, elle se fatigua beaucoup en s'occupant des divers préparatifs de la fête. Néanmoins elle avait déjà commencé à danser, quand elle éprouva une défaillance subite. On l'emporte hors de la salle, on la place sur son lit, et une demi-heure était à peine écoulée qu'elle avait cessé d'exister.

---

(1) Ollivier (d'Angers), *Note sur un cas de grossesse tubaire avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme* (*Arch. génér. de méd.*, 2e série, 1834, t. V, p. 403).

(2) Devalz, *Thèse inaug.* (Paris, 1858) : *Du varicocèle ovarien, et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine.*

(3) Ollivier (d'Angers), *loc. cit.*, p. 408, extraite de *Gottfried Fleischman-Leichenoffnungen*. Erlangen, 1815, in-8, p. 192.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une couche large et épaisse de sang coagulé recouvrant tous les viscères de cette cavité. Au-dessous d'elle tous les organes du ventre furent trouvés dans l'état sain. Comme le sang remplissait en même temps l'excavation pelvienne, on l'enleva avec précaution, et l'on découvrit de la sorte que *le plexus pompiniforme du côté droit était variqueux et présentait une déchirure.*

OBSERVATION II (1). — *Douleurs hypogastriques mal dessinées, consécutives à un coup.— Grossesse. — Retour, à la suite de l'accouchement, des douleurs sourdes, mais ressenties alors dans la région inguinale. — Après quelque temps de calme retour des douleurs. — Menstruation excessive après quelques jours de retard dans la manifestation du flux périodique. — Nouveau retard. — Douleur vive après un effort. — Le lendemain, syncope suivie bientôt de tous les symptômes d'une hémorrhagie intra-abdominale. — Mort cinq ou six heures après la syncope. — A l'autopsie, épanchement sanguin provenant de la rupture d'une tumeur sanguine d'ancienne date, occupant l'aileron antérieur du ligament large gauche.*

Madame B..., âgée de vingt-huit ans, d'une faible constitution, ressentait depuis six ans, dans l'abdomen, un peu au-dessus de la région inguinale gauche, des douleurs sourdes qu'elle attribuait à un coup qu'elle s'était donné dans cette partie, en se heurtant contre le coin d'une table ; du reste, elle n'avait eu pendant ce laps de temps que quelques malaises légers, dignes à peine de fixer l'attention du médecin, et pour lesquels elle se faisait appliquer ordinairement quelques sangsues aux cuisses. Il y a quatre ans qu'elle était accouchée d'une fille fortement constituée ; son accouchement, quoique long, s'était terminé naturellement. A dater de cette époque, cette dame se figura qu'elle était atteinte d'un ulcère à la matrice ; MM. Dubois et Boyer, consultés, ne découvrirent rien et se bornèrent à rassurer son esprit. Ses craintes étaient presque entièrement évanouies, quand, il y a deux mois, elle sentit se réveiller les douleurs abdominales dont nous avons déjà parlé ; quinze jours après, ses règles, qui avaient souffert un léger retard, reparurent avec tant d'abondance et durèrent si longtemps, qu'elle crut avoir fait une fausse couche. Depuis lors, jusqu'à la nouvelle époque menstruelle, madame B... se plaignit plus fréquemment de sa douleur de ventre, qui devait, disait-elle aux personnes qui vivaient dans son intimité, lui jouer par la suite un mauvais tour ; cependant sa santé ne paraissait nullement en souffrir ; ses seins et son ventre lui semblaient augmenter de volume, ce qui, joint à un nouveau retard de trois ou quatre jours, lui donnait lieu de présumer qu'elle était enceinte.

(1) S. Leclerc, *Arch. génér. de méd.*, 1re série, 1828, t. XVIII, p. 281.

Telle était sa position, quand le 9 août, en portant un fardeau au-dessus de ses forces, elle ressentit dans le bas-ventre une douleur vive, mais qui ne fut que momentanée. Le 10, elle s'était levée de bonne heure; sur les neuf ou dix heures, elle avait mangé quelques fruits et pris une tasse de café; elle ne se plaignait de rien, quand une heure après, et tout à coup, elle éprouva une syncope qui dura longtemps, et fut suivie de coliques affreuses et d'autres syncopes qui se succédèrent tour à tour. Je ne pus voir la malade qu'à deux heures de l'après-midi : je la trouvai en proie aux coliques les plus vives; son pouls était d'une petitesse qui le rendait presque imperceptible; son corps offrait une pâleur générale, il était froid et recouvert de sueur. La pression exercée sur le ventre n'ajoutait rien à l'intensité de ses coliques, il n'était que peu tendu. Les syncopes et les vomissements se renouvelèrent en ma présence : les matières rendues étaient claires et contenaient seulement quelques morceaux de prunes. Bientôt la malade, sans le sentir, laissa aller sous elle; son pouls ne battit qu'à des intervalles éloignés, elle s'agita dans son lit, ses discours peignirent l'horreur de sa position. « Mes jambes meurent. .. Je sens mourir mes cuisses.. . Adieu!... je ne puis plus remuer la mâchoire .. » Tels furent les derniers mots qu'elle proféra; elle fit encore deux ou trois inspirations, et mourut.

Examen cadavérique. — Embonpoint ordinaire; pâleur remarquable de tout le corps. Les poumons offrent plusieurs tubercules calcaires; les pierres qu'ils contiennent ont presque la grosseur de l'extrémité du petit doigt. Le cœur ne contient pas de sang dans ses cavités; ses parois sont molles, minces et affaissées. A l'ouverture de l'abdomen, une quantité si considérable de sang et de caillots s'écoule, qu'elle fait présumer de prime abord que la rupture de quelque vaisseau a pu seule occasionner cet épanchement et produire la mort. La surface externe des intestins, l'épiploon, le mésentère, presque tout le péritoine enfin, offrent une teinte de sang qui paraît due à l'imbibition cadavérique de ce liquide; dans quelques endroits le péritoine est emphysémateux. La rate est très petite, ramollie, et contient aussi de l'air, qui, lorsqu'on la presse entre les doigts, la fait crépiter comme le ferait une portion saine du poumon. L'estomac et les intestins sont sains, leur membrane muqueuse est même plus pâle que dans l'état normal. Le foie est coriace, décoloré et moins volumineux que dans son état habituel. La veine cave inférieure, au lieu de sang, contient de l'air; l'aorte est vide et d'une petitesse remarquable. Ce n'est qu'après de nombreuses recherches que l'on découvre le point par lequel s'est échappé le sang trouvé répandu dans la cavité abdominale : c'est, à ce qu'il paraît, par une ulcération circulaire d'une ligne environ de diamètre, que présente une grosseur développée dans l'épaisseur de l'aileron antérieur du ligament large gauche de la matrice. Cette tumeur a un volume double, à peu près, de celui de l'ovaire; elle contient des caillots fibrineux, les uns blanchâtres, les autres d'un rouge obscur; *un vaisseau artériel ou veineux*

vient se rendre dans cette cavité, formée en partie par le péritoine et le tissu cellulaire qui entrent dans la composition du ligament large de l'utérus. La matrice est saine, double de son volume ordinaire ; sa substance est décolorée. La tête n'a point été ouverte.

Les deux observations que je viens de rappeler me paraissent établir d'une manière certaine, non-seulement que les veines tubo-ovariennes peuvent être, dans l'état de vacuité de l'utérus, le siége de dilatations variqueuses, mais que ces varices peuvent se rompre et donner lieu à un épanchement sanguin intra-péritonéal qui, dans des circonstances moins défavorables que celles qui ont existé dans les faits précédents, pourra, au lieu d'entraîner une mort presque immédiate, susciter le travail pathologique qui caractérise les hématocèles. Malheureusement ces deux observations, quoique de date déjà ancienne, sont jusqu'aujourd'hui restées, du moins à ma connaissance, les deux seuls exemples suffisamment circonstanciés de cette espèce d'hémorrhagie intra-péritonéale ; de sorte que cette genèse des hématocèles, donnée sans aucune preuve comme la plus fréquente de toutes par M. Devalz (1), devrait, si l'on ne tenait compte que des faits qui méritent réellement la qualification d'observations, être considérée comme exceptionnelle. Je n'irai pas jusque-là ; je dirai seulement que cette espèce d'hématocèle est assez rare, parce que je ne crois pas qu'il soit possible de faire abstraction, dans l'appréciation de cette fréquence, des quelques faits d'hémorrhagie intra-abdominable dépendante de rupture de veines des ligaments larges, qui ont été rapportés en quelques mots et souvent d'une façon incidente, comme s'ils n'étaient point insolites, par divers observateurs, entre autres par mon honoré maître le professeur Marjolin et M. Depaul (2). Je dois signaler, d'une manière toute particulière, le premier de ces faits, rapporté probablement par M. Marjolin dans ses leçons orales, et qui se trouve mentionné par M. Tilt (3) dans le résumé très intéressant des travaux français sur l'hématocèle, qu'il a publié en 1853, parce que le souvenir de cette communication verbale l'a fait insister sur les origines diverses

(1) Devalz, *Thèse citée*, p. 30.

(2) Depaul, *Bulletins de la Société anatom. de Paris*, 1847, t. XXII, p. 15.

(3) Tilt, *Pathology and treatment of sanguineous pelvic tumours*, p. 262. — *Diseases of women*, 2e édition. Churchill, London, 1853.

que peuvent avoir les hémorrhagies intra-pelviennes. Ce souvenir, comme il le dit lui-même, lui a fait formuler de la manière la plus explicite qu'au nombre des causes procréatrices des tumeurs sanguines du bassin, désignées en France sous le nom d'hématocèle, on doit ranger la rupture des veines variqueuses tubo-ovariennes.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur la démonstration de ce fait, que la rupture de varices des ligaments larges peut déterminer une hémorrhagie intra-pelvienne, et que les épanchements sanguins qui en résultent, constituent une variété d'hématocèle complétement distincte. Cette cause d'hémorrhagie intra-abdominale, très nettement indiquée par Ollivier (d'Angers) (1), d'après des observations et non d'après une vue théorique, admise sans contestation par tous les observateurs qui l'ont suivi (2), rappelée à propos des hématocèles par M. Tilt d'abord (3) et par M. Richet ensuite (4), a acquis droit de domicile scientifique, et, ce qui vaut mieux, a eu la sanction du temps, qui fait prompte justice des opinions qui ne reposent que sur des idées préconçues. Aussi n'est-ce pas là que réside la difficulté de la question ; le point litigieux, mais aussi essentiellement important, consiste dans la détermination des signes, qui peuvent permettre de reconnaître, au lit des malades, si une hématocèle doit être attribuée à une rupture veineuse ou à toute autre cause, et de déduire de la solution de cette partie du problème pathologique des indications thérapeutiques. C'est ce qu'a senti comme moi, quoiqu'il ne l'ait pas explicitement exprimé, M. Richet, qui s'est efforcé, pour faire entrer dans le domaine pratique les indications données par ses devanciers sur les dilatations veineuses utéro-ovariennes, non-seulement de les rendre plus complètes, mais de leur donner comme complément nécessaire l'indication des signes du varicocèle féminin ; ce qui constitue la partie véritablement originale des considérations qu'il a présentées sur ce sujet. Malheureusement le signe le plus important du varicocèle féminin, indiqué par M. Richet d'après deux observations que j'ai dû placer en note (5), à cause de

---

(1) Ollivier (d'Angers), *loc. cit.*, 1834.
(2) Marjolin, *loc. cit.* — Depaul, *loc. cit.*, 1847.
(3) Tilt, *loc. cit.*, 1853.
(4) Richet, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 735, 1re édit. Paris, 1857.
(5) Richet, *loc. cit.*, et reproduites, 2e édit., 1860, p. 812 et suiv.
« L'observation nécroscopique suivante, dont je ne transcris que les détails indispen-

l'intérêt qu'elles présentent pour notre sujet, consiste dans une tuméfaction d'un ou des deux ligaments larges, douée de caractères spéciaux. Il ne peut dès lors être invoqué pour le diagnostic après la production de l'hématocèle, parce qu'à ce moment les caractères propres de cette tuméfaction ont disparu, et que, si l'on ne les a pas soi-même constatés avant la rupture veineuse, il sera infiniment rare que les malades puissent fournir des renseignements suffisamment circonstanciés sur les examens antérieurs à l'épanchement sanguin intrapelvien. On peut en dire autant de l'existence des congestions périutérines, périodiques, invoquées par M. Richet comme élément de diagnostic, et qui ne peuvent réellement permettre d'asseoir un jugement, si ces accidents périodiques, mal caractérisés, n'ont pas

---

sables pour être bien comprise, donnera mieux que ne pourrait le faire une longue description, les caractères que présentent les tumeurs variqueuses des plexus utéro-ovariens, lorsqu'elles ont acquis un grand développement. Sur une femme de quarante-six ans qui succomba à un cancer de l'estomac, et qui avait eu huit enfants, je trouvai, après avoir ouvert l'abdomen dans le but d'examiner l'utérus, de chaque côté de cet organe, une tumeur régulière, bosselée, molle, fluctuante, occupant l'épaisseur des ligaments larges. Celle du côté gauche, beaucoup plus volumineuse que la droite, déprimait le bord supérieur de l'utérus. Le doigt, introduit dans le vagin, permettait d'apprecier sur les côtés de l'utérus sa mollesse, qui donnait plutôt la sensation de fongosités molles et pâteuses que d'une véritable fluctuation; par le rectum on arrivait au même résultat. Je voulus alors enlever le péritoine qui la recouvrait, pour m'assurer de sa nature et l'étudier avec plus de soin, mais je ne pus y parvenir sans déchirer une ou plusieurs des bosselures qu'elle présentait et par lesquelles il s'écoula immédiatement une grande quantité d'un sang noirâtre qui inonda le tissu cellulaire du ligament large. Malgré cela, je poursuivis la dissection, et ayant mis à découvert les veines ovariennes jusqu'à leur embouchure dans la veine rénale gauche, et du côté droit dans la veine cave inférieure, je constatai, après avoir lié la veine cave au-dessous de l'embouchure des veines ovariennes pour forcer le sang à s'y introduire, qu'en exerçant des pressions sur le thorax, sur le foie, ou directement sur la veine cave, on faisait facilement gonfler les deux tumeurs des ligaments larges par reflux du sang dans les veines variqueuses. A ce moment, le doigt, introduit dans le vagin, appréciait directement cet accroissement de volume. La suite de la dissection me démontra que les deux tumeurs étaient exclusivement formées par les ramifications du plexus utéro-ovarien énormément dilatées; et çà et là, dans le tissu cellulaire des ligaments larges, je trouvai comme des noyaux apoplectiques isolés des parois veineuses, et dont la formation, en raison de la décoloration du sang contenu dans le foyer, paraissait remonter à une époque déjà fort éloignée. »

Obs., p. 813. — « Je donne des soins depuis plusieurs années à une dame qui a consulté autrefois Amussat et M. Velpeau, chez laquelle on peut nettement constater, quelque temps avant l'apparition des règles, mais surtout immédiatement après leur cessation, la présence d'une tumeur molle et fluctuante sur le côté gauche du cul-de-sac vaginal, tumeur qui disparaît insensiblement dans l'espace de quelques jours sous la seule influence du repos horizontal et des applications réfrigérantes. »

été accompagnés d'autres symptômes qui diminuent l'incertitude, qui sans cela devra persister. Cette raison m'a fait placer en note (1), comme douteux, le fait d'ailleurs très sommairement rapporté par M. Richet, et qui lui a paru à lui-même ne pouvoir être donné comme probant. Il faut, pour que le diagnostic soit même simplement probable, je ne dis pas certain, parce qu'il me semble impossible qu'il le soit actuellement, une réunion assez nombreuse de symptômes directs d'une part, et d'autre part l'absence des signes qui permettraient de rapporter l'hématocèle à une des causes qui donnent bien plus souvent lieu à cette affection que la rupture d'une varice utéro-ovarienne. Je dirai même que, malgré la réunion de ces deux ordres de symptômes qui existait chez une malade que j'ai observée dans le service de mon ami et collaborateur M. Goupil, et qui est le seul fait de cette espèce que j'aie vu, je laisserai persister une certaine réserve dans l'interprétation que cette observation nous a semblé cependant, à M. Goupil et à moi, mériter assez légitimement.

OBSERVATION III (2). — *Mariage à dix-huit ans. — De dix-huit à vingt et un ans, une fausse couche de deux jumeaux à six mois de grossesse et deux accouchements à terme, dont le dernier a été assez long. — A la suite de cette couche, métrorrhagies; ulcération pour laquelle on cautérise le col de l'utérus pendant près de trois mois.—Persistance, depuis cette couche, de varices considérables des deux jambes, et de varices de la grande lèvre droite qui se prolongent dans la paroi vaginale. — Deux années après le dernier accouchement, pendant lesquelles cette femme s'est livrée à un travail très fatigant, développement, à la suite d'une longue promenade dans une voiture mal suspendue, d'une hématocèle qui se produit en dehors d'une époque menstruelle et sans être accompagnée de métrorrhagie. — Guérison.*

Le 27 avril 1859, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Barth, alors remplacé par M. Goupil, salle Sainte-Marie, n° 3, J... (Joséphine), âgée de vingt-trois ans, blanchisseuse de fin, souffrante depuis cinq semaines à peu

(1) Richet, *loc. cit.*, p. 813, 2e édition.

« On comprend que si la fluxion sanguine est par trop considérable, si surtout les malades sont obligées à un exercice forcé, une ou plusieurs des bosselures variqueuses puissent se rompre et donner lieu à des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire du ligament large ; c'est là probablement ce qui s'est passé chez une infirmière de mon service, sujette depuis plusieurs années à des congestions péri-utérines, et chez laquelle, à la suite d'un exercice violent (elle avait frotté le parquet), il se fit un brusque épanchement de sang dans le ligament large du côté gauche, qui prit issue longtemps après par une ouverture spontanée dans le vagin. »

(2) Recueillie par M. Durante.

près, mais très sérieusement malade depuis douze à quatorze heures seulement, lors de son entrée.

Cette femme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, a joui jusque dans ces dernières années d'une excellente santé. Elle a été réglée pour la première fois à seize ans; ses règles depuis lors se sont produites régulièrement, sans aucune douleur, assez abondantes, et n'ont présenté aucun trouble jusqu'à l'époque du mariage, qui eut lieu à dix-huit ans. A peine mariée, elle devint enceinte. Cette première grossesse fut interrompue à six mois, par l'accouchement prématuré de deux jumeaux. Bientôt après, seconde grossesse qui se termina heureusement au terme normal; puis troisième grossesse qui, comme la précédente, arriva au terme normal, mais dont l'accouchement fut moins heureux, en ce que le travail de la parturition, rendu pénible par des douleurs de reins, dura quarante-huit heures. Il y a deux ans qu'a eu lieu cette dernière couche: de sorte que cette femme, dans les trois premières années de son mariage, a eu coup sur coup une fausse couche double à six mois de grossesse, et deux accouchements à terme dont le dernier a été assez laborieux. Après cette dernière couche les règles sont devenues plus abondantes; au lieu de durer quatre jours, elles se prolongèrent pendant huit à quinze jours, pour revenir à l'époque suivante, comme si la prolongation n'avait pas eu lieu. Cette abondance et cette prolongation sont bientôt devenues telles, qu'à un des mois il n'y eut aucune interruption de l'écoulement sanguin jusqu'à l'époque suivante. Inquiète de ces règles immodérées, véritables pertes, qu'elle éprouve, des maux de reins qu'elle ressent, des céphalalgies fréquentes et des troubles gastriques auxquels elle est souvent en proie, la malade consulte alors un médecin qui constate l'existence d'une ulcération, à laquelle il rapporte les divers accidents dont elle se plaint. Pendant trois mois cette malade est soumise à des cautérisations hebdomadaires du col utérin qui, suivant le dire du médecin, est resté pendant ces trois mois le siége d'une ulcération. Sous l'influence de cette médication, l'ulcération finit par se cicatriser, les règles perdent leur extrême abondance, mais durent encore de quatre à huit jours. Néanmoins les cautérisations n'ont pas fait disparaître les maux de reins que cette malade ressentait, et qui depuis reviennent de temps à autre; la malade éprouve encore, quoique moins fréquemment, des palpitations, de l'essoufflement, des maux de tête et de l'inappétence; de plus, mais cela depuis un an seulement, elle est sujette à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Cependant les règles vinrent régulièrement dans les premiers jours de mars; elles sont normales, coulent pendant huit jours, ce qui est leur durée habituelle depuis les cautérisations. Vers la fin de cette époque menstruelle, cette femme a l'imprudence de s'étendre sur le carreau et d'y rester une heure endormie: en se relevant, elle est prise de frissons, de maux de reins, mais sans coliques; elle est forcée de se coucher et de garder le lit pendant vingt-quatre heures,

au bout desquelles elle peut reprendre ses fatigantes occupations sans conserver aucun ressentiment de son indisposition passagère. Huit ou dix jours après celle-ci, c'est-à-dire du 15 au 20 mars, elle éprouve tout à coup dans la nuit une violente douleur dans la partie inférieure gauche de l'abdomen, accompagnée de frisson, de fièvre, mais sans vomissement. Cette douleur, dont la manifestation brusque n'avait été précédée d'aucune violence extérieure, d'aucun rapport sexuel dont la malade était privée depuis assez longtemps, et qui, enfin, ne peut être attribuée qu'à la fatigue assez grande que lui cause son travail, persiste presque aussi vive le lendemain ; le volume de l'abdomen est considérablement augmenté ; avec ces symptômes coexiste une diarrhée presque incessante, donnant lieu chaque cinq minutes à une déjection liquide comme de l'eau, douloureuse par les mouvements que la défécation nécessite. Le médecin, appelé près de cette malade, prescrit un large vésicatoire dans le dos et des lavements laudanisés. Cependant les douleurs diminuent graduellement ainsi que la diarrhée, et la malade peut se lever et marcher sans souffrir notablement, quoique son ventre reste assez sensible et plus volumineux qu'avant les accidents abdominaux qu'elle vient d'éprouver. Dans les premiers jours d'avril, les règles viennent à leur époque normale, sans douleurs ; elles durent huit jours et ne présentent rien de particulier. Après l'époque menstruelle l'amélioration continue, et malgré la persistance de quelques douleurs localisées à droite, tandis qu'au début elles siégeaient à gauche, elle peut, le 15 avril, non-seulement reprendre son travail, mais même se livrer à toutes ses pénibles occupations. Le 25 avril, elle fait, après son travail, une longue course à pied, et le lendemain une longue promenade en voiture mal suspendue. Le soir même de cette promenade en voiture, elle est prise de nouvelles douleurs abdominales, mais celles-ci insupportables à cause de leur intensité ; elles s'accompagnent de vomissements et du retour de la diarrhée. La nuit est très agitée, excessivement pénible, si mauvaise, que dès le lendemain matin cette femme se fait transporter à l'hôpital où le soir de son entrée elle présente l'état suivant :

La malade est dans un état d'anxiété très prononcée, sa figure exprime une vive souffrance ; elle se plaint de très violentes douleurs du bas-ventre qui l'empêchent de faire aucun mouvement, et qui apportent même une certaine gêne à la respiration. Ces douleurs partent, dit la malade, des reins, et de là se portent à l'hypogastre, puis s'irradient dans la partie supérieure des cuisses ; elles reviennent surtout par accès comme les douleurs de l'accouchement, spontanément et par l'examen de l'abdomen, qui est très douloureux à la moindre pression dans toute la moitié sous-ombilicale. L'abdomen, régulièrement arrondi, est notablement tuméfié ; il mesure 0,83 dans sa partie la plus saillante qui correspond à l'ombilic. A la percussion, on trouve un son tympanique dans toute la partie située au-dessus d'une ligne qui passerait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; tandis qu'au-dessous de cette ligne le son

devient d'abord obscur, puis tout à fait mat à la région sus-pubienne. La palpation permet de reconnaître l'existence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur dure, rénitente, immédiatement sous-jacente aux parois abdominales; elle occupe toute la fosse iliaque droite et se termine supérieurement par une ligne courbe à convexité supérieure. Cette tumeur se termine en dehors à l'épine l'iliaque antérieure et supérieure droite, en dedans à la ligne blanche, offrant d'un de ces points à l'autre 0,14; de là elle s'élève par une ligne convexe jusqu'à trois travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic, mesurant ainsi en hauteur 0,09. Dans la fosse iliaque gauche, qui est moins douloureuse à la pression que la droite, on ne perçoit pas de tumeur distincte, cette région offre seulement une tension uniforme.

Lorsqu'on veut explorer le vagin, le doigt éprouve, dès l'orifice de ce conduit, une certaine difficulté à pénétrer, par suite de l'engorgement des parois de ce conduit et de la saillie considérable de la colonne postérieure, qui, suivant la malade, daterait de sa dernière couche. Lorsque le doigt a vaincu cette première difficulté d'intromission, il est arrêté à 0,03 de l'orifice vulvaire par une tumeur dure, rénitente, élastique, qui ne présente aucune fluctuation, ni aucun point ramolli, et qui fait une saillie considérable en refoulant devant elle la paroi postérieure du vagin, dont les artères offrent au doigt des battements très sensibles. Cette tumeur, assez régulièrement arrondie, sans bosselure, du volume d'une tête de fœtus à terme, s'avance vers le pubis, de manière à ne laisser entre elle et cet os qu'un espace très étroit dans lequel le doigt se trouve serré. En promenant le doigt sur la surface de cette masse arrondie, d'une consistance toute spéciale, on ne parvient point à la limiter latéralement, elle paraît là se confondre avec les parois du bassin. En dirigeant le doigt en haut et en contournant la face postérieure des pubis, mouvement qui s'effectue difficilement et en causant une vive douleur à la malade, on parvient alors à trouver au-dessus de la tumeur l'extrémité du col qu'on peut à peine effleurer, et dont l'ouverture paraît directement dirigée en avant. Lorsqu'on place la malade sur le bord de son lit comme pour l'examiner au spéculum, on peut facilement, en refoulant fortement en arrière la partie postérieure de l'orifice vulvaire, voir la tumeur intravaginale, et constater que la paroi postérieure du vagin, qui la recouvre, ne présente pas de coloration violacée, qu'elle est au contraire d'un rose grisâtre.

Par le toucher rectal on trouve à 0,04 ou 0,05 de l'anus la tumeur qu'on sent par le vagin; elle fait saillie dans le rectum, dont la paroi antérieure, à ce niveau, est déplissée. Cette tumeur offre dans le rectum la même dureté, la même rénitence et la même absence de fluctuation que dans le vagin. On ne peut arriver par le toucher rectal à la délimiter ni latéralement, ni supérieurement, mais à constater, comme dans le vagin, que les pressions exercées sur la tumeur qui occupe la fosse iliaque droite se communiquent directement au doigt qui explore la tuméfaction interposée à l'utérus et au rectum,

soit à une suppression menstruelle, soit à un fluxus menstruel morbide. Je dois, sous ce dernier rapport, signaler l'absence de métrorrhagie au moment où sont survenus les symptômes de la péritonite hémorrhagique et la guérison rapide de cette malade, qui empêchent, l'une et l'autre, de croire que cette hématocèle ait été symptomatique d'une affection des organes génitaux, ou d'une maladie qui aurait déterminé une exhalation sanguine pathologique de la muqueuse utéro-tubaire, dont une partie se serait déversée dans le péritoine, tandis que l'autre partie serait venue fluer par la vulve.

Ces circonstances établissent positivement que l'hématocèle qu'a présentée la malade de l'observation précédente n'appartient ni à l'une ni à l'autre de nos deux dernières espèces, de celles qui méritent la qualification d'hématocèles cataméniales, mais elles ne donnent pas sa détermination nosologique. Nous avons besoin, pour y parvenir, au lieu de procéder par exclusion, de grouper les éléments de jugement qui rendent, sinon certaine, au moins très probable, l'interprétation que ce fait nous a paru mériter, quoique les éléments de ce diagnostic soient des signes indirects, et commandent, par conséquent, une assez grande réserve. Ces signes indirects sont : l'existence de varices considérables occupant non-seulement les membres inférieurs, mais la grande lèvre droite, et dont l'une se prolonge dans les parois du vagin ; l'existence antécédente d'une ulcération cervico-utérine, consécutive au dernier accouchement, qui, par la longue persistance qu'elle a présentée, par les pertes considérables et les douleurs lombaires dont elle a été accompagnée, semble pouvoir être considérée comme un ulcère variqueux du col utérin qu'on observe si fréquemment dans l'état puerpéral et post-puerpéral ; enfin l'augmentation de durée du flux menstruel qui, depuis la guérison de l'ulcération, est néanmoins restée double de ce qu'elle était avant la dernière des trois couches successives.

Je dois appeler tout d'abord l'attention sur l'existence des varices très considérables des membres inférieurs, et surtout de l'une des grandes lèvres, qui sont survenues chez cette femme sous l'influence des trois grossesses qu'elle a eues dans l'espace de trois années, et dont la persistance a été entretenue après chaque accouchement par la profession fatigante qu'elle exerce, qui l'oblige à rester debout toute la journée et à prendre un point d'appui sur les membres inférieurs, à chaque effort des bras, incessamment renouvelé, qu'exige

son travail. L'existence de ces varices fait naître presque spontanément la pensée que les veines des organes génitaux internes doivent participer à la dilatation que présentent quelques-unes des veines génitales externes, qui font partie d'un même système et qui ont les unes avec les autres de très nombreuses communications. Cette opinion toutefois ne pourrait être considérée que comme une simple supposition, si les deux autres éléments indirects ne venaient concorder avec elle et lui donner au moins la valeur d'une probabilité.

En première ligne je dois, sous ce rapport, placer l'existence antécédente de l'ulcération variqueuse, accompagnée de pertes abondantes, que le col utérin a présentée à la suite du dernier accouchement, et qui indique que du moins après cette parturition, dont le travail avait été assez long, les veines génitales profondes, dilatées par une gestation presque discontinue pendant trois années consécutives, étaient le siége d'un état morbide analogue à celui des veines génitales externes, dont l'examen direct permet encore aujourd'hui de constater la persistance. La longue incurabilité de cette ulcération, mais surtout la réapparition fréquente, depuis cette époque, de douleurs lombaires à différents intervalles, qui peuvent être invoquées comme signe d'une semblable persistance dans les veines génitales profondes, semblent autoriser à croire que les plexus tubo-ovariens ont conservé, comme les veines de la grande lèvre droite, tout ou partie de la dilatation pathologique qui leur a été imprimée par des conceptions pour ainsi dire subintrantes. Il paraît dès lors assez légitime d'admettre que ces plexus sont le siége d'un état morbide analogue à celui que M. Richet a décrit dans l'observation anatomique que j'ai rapportée en note (1), et dont il a attribué, comme moi, le développement aux grossesses antécédentes, nombreuses, qu'avaient eues sa malade. Je ne crois pas avoir besoin de réfuter la négation de l'influence, admise par tout le monde, de la gestation, sur le développement des varices utéro-ovariennes, que M. Devalz a émise sans aucun fondement (2), et qui se trouve surabondamment contredite par la multiplicité des observations de ruptures de varices génitales constatées anatomiquement dans les thrombus puerpéraux (3), et la rareté au contraire de semblables ob-

(1) Voyez observation rapportée en note, p. 366 et suiv.
(2) Devalz, *Thèse citée*, p. 19.
(3) Deneux, *loc. cit.*

servations en dehors de la puerpéralité, au nombre de deux seulement, et dont les malades d'ailleurs avaient été mères toutes deux (1). Je n'ai donc point à légitimer les arguments que la continuité, pour ainsi dire, incessante de la gestation pendant trois années consécutives m'a semblé fournir en faveur de la probabilité, chez cette femme, de varices tubo-ovariennes, dont l'existence se trouve confirmée encore par le troisième signe indirect que j'ai à mentionner.

La prolongation habituelle de la durée de la menstruation depuis la dernière couche indique, en effet, comme l'ulcère fongueux accompagné de pertes considérables, auxquelles elle a succédé et dont elle n'est qu'une modalité, que, depuis les accouchements successifs qui ont eu lieu, les organes génitaux ont été le siége d'une congestion sanguine beaucoup plus considérable que celle qui se produisait à chaque époque menstruelle avant le mariage, et dont l'état variqueux des veines génitales internes peut être assez légitimement considéré comme la cause. Cette étiologie me paraît révélée par l'enchaînement même des actes pathologiques qui se sont produits depuis la dernière conception. La nature de l'ulcération post-puerpérale, si nettement caractérisée par les renseignements fournis par la malade, semble en effet donner, non-seulement la signification des ménorrhagies régulièrement périodiques, qui se sont produites pendant la durée de l'ulcère variqueux du col utérin, mais aussi de celles qui, moins abondantes, ont continué d'avoir lieu depuis sa cicatrisation. L'enchaînement de ces accidents, qui n'ont différé les uns des autres que par leur intensité, établit d'une manière assez certaine, suivant moi, que la prolongation de la menstruation chez cette femme n'est qu'une manifestation amoindrie de l'état pathologique qui, immédiatement après la couche, et lorsqu'il était alors à son summum, a donné lieu à l'ulcération variqueuse dont la cicatrisation s'est produite, lorsque, sous l'influence d'un traitement et surtout du temps, une partie du système veineux des organes génitaux a recouvré l'état normal de la vacuité, tandis que l'autre est restée le siége de varices, faciles à constater dans la grande lèvre droite. Il me semble d'autant plus naturel de considérer chez cette femme la prolongation de la menstruation comme un signe

(1) Obs. Ire, p. 362, et obs. II, p. 263.

de la congestion passive, symptomatique de la stase sanguine que la dilatation des veines tubo-ovariennes détermine, et par conséquent comme un signe de ces varices, que la préexistence de ménorrhagies à la rupture vasculaire se trouve également notée dans la plus complète des deux observations terminées par la mort, que j'ai rapportées, et que j'ai à rapprocher toutes deux de celle que je viens de commenter si longuement.

Dans ces trois observations, nous trouvons de commun que les trois malades avaient été mères toutes trois; que chez toutes trois, comme chez l'infirmière dont M. Richet a succinctement rapporté l'histoire (1), et qui peut être analysée avec les trois précédentes, c'est à la suite de fatigues qu'est survenue la rupture vasculaire qui deux fois a entraîné une mort presque immédiate, et dans les deux autres cas a déterminé une hématocèle. Cette rupture veineuse, succédant immédiatement à un effort, a eu lieu une seule fois à l'époque menstruelle (ce qui n'indique pas toutefois qu'elle ne soit plus à craindre à cette époque qu'à toute autre); dans les trois autres cas elle a eu lieu en dehors de cette époque. Je dois signaler cette particularité d'une manière toute spéciale, parce qu'elle peut permettre de rattacher, avec plus ou moins de probabilité, à une rupture veineuse la production d'une hématocèle qui se manifeste, indépendante du travail cataménial, à la suite de fatigues, lorsque surtout cette femme a eu antérieurement un nombre plus ou moins considérable d'enfants. Ce diagnostic acquiert une certaine certitude lorsque depuis ces accouchements, surtout s'ils ont été nombreux ou très rapprochés l'un de l'autre, persistent des varices considérables des membres inférieurs, et en particulier des varices des parties externes de la génération, lorsque depuis cette même époque la menstruation est devenue plus abondante, a été à différents intervalles ménorrhagique, et lorsque enfin ces femmes éprouvent des pesanteurs pelviennes coïncidant avec des douleurs tensives dans les tumeurs variqueuses extérieures dont elles sont affectées. Je dois faire remarquer que ce dernier signe, qui nous a été indiqué par notre malade après la guérison de son hématocèle, existait chez la malade de l'observation II, et qu'il a été signalé d'une manière toute particulière par M. Richet dans l'histoire succincte qu'il rapporte

(1) Richet, *loc. cit.*, 2e édit., rapportée en note, p. 368.

d'une de ses clientes (1). Mais alors même que tous ces signes existeraient, le diagnostic ne peut être certain; il faudrait pour cela qu'on ait pu toucher la malade avant la rupture vasculaire, et constaté, au moment des douleurs tensives dont les varices utéro-ovariennes deviennent le siége après des fatigues ou vers l'époque menstruelle, l'existence, indiquée par M. Richet (2), d'une tumeur pâteuse, élastique, occupant les parties latérales de l'utérus. Malheureusement on ne peut avoir la connaissance de ces signes que si l'on a donné soi-même des soins à la malade avant la production de l'hématocèle dont il s'agit de déterminer l'origine, et cette circonstance diminue beaucoup leur importance sémiotique.

J'ai insisté sur la valeur des divers éléments de ce diagnostic, qui me semblent permettre, dans certains cas, de rattacher avec plus ou moins de certitude la production d'une hématocèle à la rupture d'une varice des ligaments larges, parce que la probabilité d'une semblable origine doit influer sur le traitement à instituer. Il faut, dans ces circonstances, alors même que le diagnostic paraîtrait très douteux, remplir les indications qui existeraient s'il était certain, c'est-à-dire, non-seulement s'abstenir de tout ce qui pourrait renouveler l'hémorrhagie, mais même augmenter la tension dont les veines peuvent être le siége, et cela dans la période aiguë et dans la période chronique de la pelvi-péritonite, qui, dans cette éventualité, doit être considérée comme de cause externe. Ainsi il faut complétement proscrire les bains, excepté dans le cas où ils sont indiqués comme moyens adjuvants des sangsues; surtout proscrire les bains de siége; substituer aux cataplasmes tièdes, qui sont habituellement indiqués pendant la période d'acuité de l'inflammation péritonéale, des fomentations froides, résolutives ou narcotiques. Il faut surtout, aussitôt que l'amendement de la péritonite permet, sans trop de douleurs, l'introduction d'un spéculum, faire sur le col utérin une ou plusieurs applications de sangsues, dont on favorisera l'écoulement par un grand bain tiède prolongé pour obtenir la plus large déplétion possible du système veineux génital profond. L'indication de cette déplétion me fait regarder de nécessité dans cette espèce, comme dans celle qui est symptomatique d'un vice de l'excrétion, de renouveler

(1) Richet, *loc. cit.*, 2e édit., p. 367.
(2) *Id.*, rapportée en note, p. 813.

l'application de sangsues sur le col utérin à l'époque où aura lieu le retour de la menstruation, dont on aura dû faire exactement déterminer l'époque par la malade, pour que l'emploi des sangsues puisse avoir lieu au jour précis où la fluxion cataméniale doit se produire, et modérer le fluxus sanguin, qui expose au danger d'une recrudescence inflammatoire et à celui d'une nouvelle rupture vasculaire. Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut faire garder à la malade le repos absolu au lit, l'immobiliser dans le décubitus dorsal avec une légère flexion des cuisses sur le bassin, et combattre les troubles divers que peut offrir la fonction digestive, parce que j'ai exposé longuement toutes ces particularités dans le mémoire précédent. Mais j'ai à indiquer que, bien que cette espèce des hématocèles soit essentiellement chirurgicale, et que par conséquent on n'ait point à rechercher alors la maladie dont l'hémorrhagie serait la manifestation, pour remplir les indications primordiales qui, dans les autres variétés, sont dictées par la diathèse, il faut cependant se préoccuper de l'état général de la malade, et en particulier de l'anémie qui peut être la conséquence de l'hémorrhagie, seule ou aidée des émissions sanguines auxquelles on a dû avoir recours, parce qu'un état cachectique peut être une cause de fluxions sanguines ultérieures. Il faut par conséquent tâcher de prévenir le développement de cette anémie par une sage modération dans l'emploi des sangsues, et la combattre, si elle existe, dans la crainte de voir sous cette influence les dernières gouttes du sang de la malade se précipiter vers le point où existe l'épine morbide, et avec d'autant plus de tendance à s'épancher au dehors, que la constitution sera plus appauvrie. Aussi est-il nécessaire de ne pas laisser les malades à une diète trop sévère, de les nourrir au contraire aussitôt que les accidents aigus de l'inflammation péritonéale sont amendés, et souvent même alors de leur prescrire des toniques fixes, des reconstituants, qui sont d'autant plus formellement indiqués qu'on doit astreindre les malades à un repos absolu au lit jusqu'à parfaite convalescence.

Celle-ci survenue, il est indispensable de se préoccuper de la possibilité du retour de l'hématocèle, et par conséquent nécessaire d'engager les malades à éviter toutes les fatigues, dès lors à changer de profession, si elle est pénible, si elle les oblige à une station debout continuelle ou à des marches prolongées, enfin à apporter une assez grande réserve dans l'accomplissement des devoirs conju-

gaux. Mais j'engage à ne pas prescrire une continence absolue, qui est si fréquemment cause de mésintelligences irréparables, et qui, de plus, est bien plus souvent nuisible qu'utile aux malades elles-mêmes dans les périodes chroniques des affections génitales, comme j'aurai à le déterminer dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite. Je me contenterai ici de placer cette indication sommaire de mon opinion sur ce point, et de signaler que chez la malade dont j'ai retracé l'histoire, les rapports sexuels, dont elle était privée depuis assez longtemps au moment où l'hématocèle s'est produite, n'ont donné lieu, après la guérison de cette affection, à aucune douleur, tandis que les fatigues du travail en déterminaient d'assez vives pour que cette femme ait dû, à son grand regret, modifier ses occupations pour en prendre de moins lucratives. Je ferai remarquer aussi que l'influence qu'on a accordée théoriquement aux excès vénériens sur la rupture des varices tubo-ovariennes ne se trouve pas confirmée par les quatre observations que j'ai rapportées (1) ; elle semblerait plutôt contredite, puisque trois de ces malades étaient continentes depuis un temps plus ou moins long, lorsque la rupture variqueuse s'est produite. J'ai dû signaler cette circonstance parce que c'est au contraire à la suite d'excès vénériens qu'on a vu survenir l'hémorrhagie pelvienne, rapidement mortelle, dans les deux observations qui ont servi à établir l'existence de la seconde espèce, dont j'ai à présenter une esquisse, mais qui malheureusement laissera son histoire bien incertaine.

§ 2. — Pelvi-péritonite hémorrhagique.

L'existence de cette seconde espèce d'hématocèle est loin d'être péremptoirement démontrée ; elle repose uniquement sur deux faits, très succinctement rapportés par M. A. Tardieu (2), qui, parfaitement suffisants pour prouver ce qu'il voulait établir, c'est-à-dire qu'une hémorrhagie intra-pelvienne indépendante de lésions des ovaires peut être cause de mort subite, ne paraissent plus l'être pour fonder un genre pathologique, parce que ces faits ne sont pas assez cir-

(1) Obs. I, p. 362; obs. III, p. 363, et obs. de M. Richet, placée en note. p. 368.
(2) A. Tardieu, *Annales d'hygiène publique*, juillet 1851, 2e série, t. II, p. 157.

constanciés pour mettre hors de toute contestation quelle a été dans ces cas la source de l'hémorrhagie. Aussi est-ce moins ces deux faits que l'analogie qui existe pathologiquement entre toutes les séreuses qui m'a fait admettre, sous la réserve d'une confirmation ultérieure, la pelvi-péritonite hémorrhagique, et l'indiquer comme une espèce distincte d'hématocèle. Il m'a semblé que je n'étais pas en droit, lorsque la plèvre, le péricarde, l'arachnoïde et le péritoine abdominal lui-même, comme dans l'observation que j'ai placée en note (1),

---

(1) Obs. de M. Le Chaptois, *Arch. génér. de médecine*, 3e série, t. V, p. 230, et *Bulletin de l'Académie*, 1839.

Madame Roussel, âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, habitant la campagne, éprouvait depuis plusieurs semaines un sentiment douloureux de tension et de plénitude dans la région ombilicale; mais comme elle avait cessé d'être réglée, et que déjà elle avait eu deux enfants (le dernier il y a quatre ans), cette jeune femme se crut enceinte et ne consulta point de médecin pour des symptômes qui lui paraissaient d'ailleurs naturels.

Dans la soirée du 13 octobre dernier, après avoir lavé les pavés de sa maison, les douleurs, de légères qu'elles étaient, augmentent tout à coup et prennent dans l'espace de deux heures un caractère alarmant. La face est pâle; la peau se couvre d'une sueur froide et abondante; bientôt la malheureuse femme expire à la suite de vomissements, de selles et d'effrayantes convulsions.

Une mort aussi rapide et avec des circonstances pareilles ne tarda pas à être diversement expliquée; mais au milieu des explications plus ou moins absurdes auxquelles chacun se livrait, les soupçons d'empoisonnement naquirent et eurent du crédit. La police judiciaire requit l'ouverture cadavérique. Je me livrai à cette opération, aidé de M. Muller, officier de santé à Bolbec.

La dame Roussel était morte depuis quarante-huit heures; à part la blancheur excessive du cadavre, l'habitude extérieure ne nous offrit rien d'anormal. L'autopsie ne laissa aucun doute sur le siége de la lésion organique, il existait dans l'abdomen: deux pots environ d'un sang noir et livide étaient épanchés dans cette cavité. Le mésentère présentait à sa face antérieure et externe des caillots en nappe; il en était de même à la surface du mésocôlon. Le cœur, les troncs principaux, toutes les branches qui naissent de l'aorte abdominale, fixèrent particulièrement l'attention: aucune rupture ne fut observée; les vaisseaux mésentériques, soigneusement épongés et suivis aussi loin que possible, n'étaient remarquables que par leur développement; aucune trace d'inflammation ne fut reconnue.

La matrice, située dans la région ordinaire, ne renfermait aucun germe de fœtus: son volume était bien inférieur à celui qu'on observe chez une mère de plusieurs enfants. Cet organe semblait atrophié, comme si les vaisseaux chargés de lui porter la vie eussent rempli leurs fonctions avec moins de force et d'activité. L'examen attentif des autres régions n'apprit rien qui n'ait été observé à la suite d'hémorrhagies actives.

« M. Le Chaptois, s'appuyant sur l'intégrité des vaisseaux abdominaux, sur la forme des caillots et leur siége, sur les prodromes qui existaient depuis quelque temps au moment de l'apparition des grandes douleurs, pense que l'hémorrhagie a eu lieu par une simple exhalation, et qu'on doit regarder la surface même du mésentère comme ayant été le siége de cette exhalation. Il trouve la cause prédisposante de cette hémorrhagie dans

peuvent être le siége d'une exhalation sanguine, de dénier au péritoine pelvien la possibilité d'une semblable affection, et de considérer comme non avenues les observations de mon honorable collègue M. A. Tardieu, malgré leur excessive concision, que chacun regrettera comme moi, après les avoir lues.

OBSERVATION IV (1). — Nous avons rencontré deux exemples de ces épanchements singuliers de sang dans le petit bassin, développés en arrière de l'utérus, chez deux jeunes femmes qui, atteintes de cette affection en dehors de toute conception, de toute tentative d'avortement, succombèrent avec une telle rapidité, que, chez toutes deux, des soupçons d'empoisonnement suscitèrent des poursuites judiciaires, sans qu'aucune autre cause de mort que celle que nous avons signalée pût être constatée.

La première femme était mariée depuis trois semaines. De l'aveu du mari, la maladie put être attribuée à des excès de coït.

La seconde était une jeune juive qui tomba frappée de mort à la suite d'excès de coït commis avec des étudiants.

Les ovaires ont été examinés, ils n'ont rien présenté qui pût expliquer l'hémorrhagie; le résultat de l'autopsie a fait conclure dans ces deux cas que l'épanchement de sang était dû à une exhalation sanguine de la surface interne de la cavité pelvienne.

L'exposé succinct des deux faits que je viens de transcrire, à peine suffisant pour rendre probable l'existence de la pelvi-péritonite hémorrhagique, qui représenterait, chez la femme, les hydro-hématocèles qu'on voit parfois, dans le sexe masculin, se produire par exhalation de la tunique vaginale à la suite de pénibles équitations, ne permet pas, on le comprend facilement, de tracer l'histoire pathologique de cette affection, qui a besoin, avant tout, d'être mise hors de contestation. J'ai vu, comme beaucoup d'observateurs, des hématocèles survenir après des excès vénériens, et dont la production devait être bien manifestement attribuée à cette cause déterminante; mais ces hématocèles *a venere immoderata* se sont termi-

---

l'aménorrhée qui aurait produit l'engorgement des vaisseaux mésentériques, et la cause déterminante dans la position et dans les efforts du sujet au moment de l'apparition des accidents. »

(1) A Tardieu, *loc. cit.*, et *Thèse* de M. Voisin, p. 43 et suiv., où se trouve ajoutée l'étiologie, qui n'est pas indiquée dans l'observation originale.

nées par résolution, et n'ont présenté aucune particularité qui m'ait permis de croire que, dans ces cas, l'épanchement sanguin fût le fait d'une exhalation sanguine de la surface interne du péritoine pelvien. Je dois dire qu'au contraire le flux métrorrhagique, qui coexistait dans ces cas à l'épanchement sanguin intra-péritonéal, indiquait positivement que l'hémorrhagie intérieure et extérieure provenait d'un point quelconque du conduit utéro-tubaire. Ces faits, dont quelques-uns seront rapportés plus loin en décrivant la cinquième espèce, ne peuvent donc être rattachés à la pelvi-péritonite hémorrhagique et servir à constituer cette espèce, que j'ai indiquée surtout pour qu'on ne puisse m'accuser d'avoir omis des faits auxquels on a accordé une grande importance, et de rejeter sans motif ce que je n'ai pas vu, et uniquement parce que je ne l'ai pas moi-même observé. Cette critique, du reste, tombe d'elle-même comme tant d'autres qui m'ont été faites, puisque j'admets, sans avoir été à même de le constater moi-même anatomiquement, que la rupture de l'ovaire ou de la trompe peut être cause d'hématocèle, et que j'ai réuni tous les faits de cette nature pour constituer ma troisième espèce dont j'ai actuellement à présenter l'histoire.

§ 3. — Hématocèles symptomatiques de rupture de l'ovaire ou de la trompe.

L'existence de cette troisième espèce est démontrée par des faits peu nombreux, mais parfaitement concluants, et dont quelques-uns sont de date bien antérieure à l'impatronisation en pathologie du nom d'hématocèle, qui seul a pu faire croire que nos devanciers n'avaient nulle notion des hémorrhagies intra-pelviennes, tandis qu'on trouve dans leurs écrits des observations éparses, qui établissent que non-seulement ils connaissaient ces hémorrhagies, mais même chacune des variétés que cette affection peut offrir. Aussi M. Tilt a-t-il pu en 1853, en résumant les travaux français sur l'hématocèle, indiquer de la manière la plus explicite, comme cause d'hématocèle, non-seulement la rupture des trompes, mais aussi la rupture des ovaires, et appeler sur celle-ci l'attention d'une manière toute particulière, en spécifiant que dans ces circonstances la rupture de l'ovaire est le fait d'un état morbide de cet organe

et doit être considéré comme un accident pathologique de l'ovulation (1). Une opinion à peu près semblable à celle que je viens de transcrire de la seconde édition du *Traité de l'ovarite* de M. Tilt, mais que certainement mon cher maître M. Laugier ne connaissait point, lui a été inspirée par l'observation de quelques faits, et est devenue le point de départ de la théorie sur la genèse des hématocèles, qu'il a formulée dans la séance de l'Institut du 22 janvier 1855, et que j'ai dû transcrire en note à cause du retentissement considérable qu'elle a eue (2). Je me suis contenté de la rapporter sans y faire aucune objection, parce que, ainsi que l'a dit M. Laugier lui-même, c'est une théorie, et que je me suis imposé l'obligation de ne pas sortir des faits, dont cette théorie, ainsi qu'on a pu le voir par tous ceux que j'ai rapportés jusqu'ici, ne représente qu'un nombre assez restreint, au lieu de pouvoir les comprendre tous.

Les hématocèles symptomatiques d'une rupture de l'ovaire, dont je tracerai l'histoire avant de m'occuper de celles qui sont symptomatiques d'une rupture de la trompe, sont assez rares, ou du moins les observations de cette espèce, qu'on peut considérer comme pro-

---

(1) E. J. Tilt, *On Diseases of women and ovarian inflammation*, p. 262 et suiv., 2e édit. Churchill, Londres, 1853.

(2) S. Laugier, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, février 1855, t. XL, p. 458 :

« Du travail précédent je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

» 1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine.

» 2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée, avec persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf, ne donne pas lieu à l'hématocèle.

» 3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée, amenée quelquefois par des causes accidentelles dont l'action s'exerce, soit avant, soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort.

» 4° Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle.

» 5° Les vésicules ovariques s'ouvrent successivement dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle.

» 6° La rupture d'une vésicule de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intra-péritonéal.

» 7° La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale, dont le siége est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire.

» 8° Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne, suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidents semblables à l'hématocèle rétro-utérine. »

bantes, ne sont pas nombreuses. Je m'empresse toutefois d'ajouter, pour que mon opinion ne paraisse pas paradoxale, que je préjuge qu'on ne doit point considérer comme stigmate d'une rupture pathologique la cicatricule ou le petit pertuis qui indique l'ovulation qui vient de se produire, et dont on constate nécessairement l'existence, normale, lorsque l'hémorrhagie procréatrice de l'hématocèle qui a entraîné une mort rapide s'est manifestée à une époque menstruelle, qu'elle soit le fait d'une rupture variqueuse, d'un vice de l'excrétion, ou d'une hypersécrétion sanguine du conduit tuboutérin. Il faut, pour qu'on puisse regarder une observation de cette espèce comme probante, qu'elle contienne une description de l'état pathologique de l'ovaire assez circonstanciée, au moins suffisante pour mettre hors de doute qu'on n'a point décrit comme lésion morbide le stigmate d'une ovulation régulière, qui, à l'état normal, ne peut donner qu'un caillot de 2 à 4 grammes au maximum, et à laquelle, par conséquent, il est impossible d'attribuer l'épanchement sanguin si considérable qu'on constate dans les hématocèles (1). La condition que je viens d'indiquer, et dont personne ne contestera la nécessité, rend malheureusement, ainsi que je viens de le dire, assez restreint le nombre des observations d'hématocèles, symptomatiques d'une rupture de l'ovaire que j'ai pu faire entrer dans mon analyse. Cela me fait vivement regretter de ne pouvoir me servir d'une des observations qui se trouvent contenues dans la thèse de M. Prost, qui a paru concluante aux personnes qui ont assisté à l'autopsie, mais qui a été rédigée d'une façon tellement obscure, qu'il m'a été impossible de comprendre ce que pouvait être la *tumeur du volume d'une orange, qui se trouvait formée*, dit l'auteur, *par l'ovaire dilaté du*

---

(1) Cette raison m'a empêché de placer ici l'observation de M. Denonvilliers, rapportée dans le mémoire précédent (obs. XXXVI, p. 203), que M. Laugier a invoquée pour appuyer sa théorie, quoique cependant M. Denonvilliers eût considéré comme caractéristiques d'une ovulation régulière les petites ulcérations, béantes dans le kyste sanguin, que présentait un des ovaires, et dont le nombre était en corrélation exacte avec celui des menstruations non excrétées. J'ai également omis l'observation de M. Vernay (publiée *Gazette des hôpitaux*, 8 juillet 1852), qui se trouve rapportée par M. Tilt (*loc. cit.*, obs. LXXVIII, p. 263), comme un exemple de rupture pathologique de l'ovaire, tandis que M. Puech (*loc. cit.*, obs. I, p. 11), a au contraire, et avec raison, suivant moi, considéré comme un stigmate type d'une ovulation régulière, le caillot gros comme une fève qui faisait hernie à travers la capsule déchirée, et qui constituait toute l'hémorrhagie dans cette observation que M. Puech a attribuée, je ne sais pourquoi, à M. Devay.

kyste. J'ai relégué, en note (1), cette observation qui a été invoquée en faveur de la théorie de M. Laugier, pour qu'elle puisse être mise à profit par ceux qui, plus heureux que moi, arriveront à comprendre la description énigmatique de la lésion que les ovaires présentaient dans ce cas particulier. Heureusement les lésions se trouvent plus nettement décrites dans les observations que j'ai à

---

(1) Obs. de M. Prost, rapportée *Thèse inaugurale*, Paris, 1854, p. 38.

Au n° 10 de la salle Saint-Augustin était couchée la nommée Leclerc, âgée de trente-cinq ans, couturière, née à Auxerre, entrée le 26 février 1853.

Antécédents. — Cette malade, d'une complexion délicate, a toujours joui d'une bonne santé ; réglée à seize ans, elle n'a jamais eu du côté de l'utérus d'autres symptômes morbides que quelques irrégularités dans les règles. Elle a eu deux couches qui se sont effectuées heureusement. En décembre 1852, les règles sont venues à l'époque, mais moins abondantes.

Le 10 janvier 1853, en faisant un effort pour soulever un fardeau, elle sentit une douleur vive dans les reins et une sensation de craquement; cet accident ne l'empêcha pas de continuer ses occupations. Le 21 janvier, les règles vinrent, et l'écoulement de sang fut assez abondant pour constituer une perte. Depuis ce temps elle a perdu du sang presque continuellement; en même temps elle a ressenti des douleurs assez vives à l'hypogastre, avec frissons, fièvre, vomissements. Ces symptômes ont duré quelques jours, puis ont été remplacés par un autre ordre de phénomènes : le ventre a augmenté de volume, les selles et les urines sont devenues difficiles ; la malade avait besoin d'uriner fréquemment. Elle entra d'abord à l'Hôtel-Dieu, le 24 février, pour un avortement qui ne vint pas ; alors elle se fit admettre à la Pitié, le 26 février.

État actuel. — Le ventre est volumineux ; il existe à l'hypogastre une tumeur qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic : la malade éprouve à l'hypogastre une douleur peu vive, profonde ; les parois abdominales sont souples, la pression n'est pas douloureuse ; en explorant la tumeur hypogastrique, on reconnaît qu'elle est formée de trois parties par deux sillons, ce qui lui donne un aspect trilobé.

Une tumeur médiane ovale remonte sur la ligne médiane du pubis vers l'ombilic ; les deux tumeurs latérales sont assez difficiles à circonscrire du côté externe, où elles se perdent dans les fosses iliaques.

Par le toucher vaginal on sent une tumeur volumineuse qui remplit l'excavation pelvienne ; le col est fortement porté derrière le pubis ; la matrice en totalité est élevée à l'hypogastre ; le doigt ne peut atteindre que difficilement la lèvre postérieure du col, la lèvre antérieure ne peut être sentie. Les pressions imprimées à la tumeur médiane, à l'hypogastre, se transmettent directement au doigt qui repose sur le col ; les pressions imprimées aux tumeurs latérales ne se communiquent que d'une façon obscure au doigt qui repose sur le col ; mais si l'on reporte le doigt vaginal sur la tumeur, on perçoit une sorte de fluctuation, et les pressions exercées à l'hypogastre sur les tumeurs vaginales se communiquent au doigt vaginal.

A ces signes locaux se joignent des symptômes de voisinage ; constipation opiniâtre, dysurie. Plus de symptômes généraux, les fonctions s'exécutent bien.

Le 17 mars. — La malade est prise de frissons, de fièvre, de vomissements ; la tumeur avait un peu augmenté de volume ; douleurs assez vives dans le ventre ; la pression est un peu douloureuse.

Le 18. — Les vomissements ont continué ; le ventre est ballonné, un peu douloureux,

rapporter, même dans celle qui est de date la plus ancienne, publiée par Pelletan, qui avait vu le fait avec Bichat, par laquelle je commencerai.

OBSERVATION V (1). — *Epanchement de sang intra-pelvien provenant d'une espèce d'anévrysme ou de varicocèle de l'ovaire.*

J'ai assisté à l'ouverture du corps d'une femme à laquelle Bichat, médecin de l'Hôtel-Dieu, avait donné des soins dans une maladie d'un caractère inconnu, et dont il n'avait presque vu que la fin tragique; cependant il avait soupçonné l'existence d'une péritonite.

Les viscères du ventre se trouvèrent tachés de plaques noirâtres très multipliées, surtout sur les intestins grêles et à la partie inférieure des parois ab-

---

la constipation persiste; le pouls est fort et fréquent, la peau chaude et sèche, le facies peu altéré.

Le 19, un peu de délire pendant la nuit; les vomissements continuent, la face s'altère de plus en plus.

Les 21, les accidents ont un peu diminué, mais le 22, la malade a un redoublement de fièvre avec frissons; vomissements incessants; diarrhée. Le 24, le pouls est petit et fréquent; ventre météorisé et douloureux; les jours suivants, jusqu'à la mort, la diarrhée continue, l'affaiblissement est progressif; les vomissements viennent par régurgitation.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Le ventre est très volumineux, météorisé; en relevant la paroi abdominale, on remarque que les anses intestinales sont fortement distendues, reliées entre elles par une couche mince de fausse membrane récente. En soulevant le paquet intestinal, on remarque que l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur volumineuse, d'une consistance irrégulière; les circonvolutions intestinales sont adhérentes à la partie supérieure de la tumeur; l'utérus est comme incrusté sur la face antérieure; il est fortement élevé au-dessus du pubis; le rectum est aplati sur la face postérieure de la tumeur, à la paroi de laquelle il est adhérent, ainsi que l'S iliaque qui se trouve au sommet; la tumeur descend très bas entre le vagin et le rectum, et arrive fort près de l'anus. On suit le péritoine, qui de la face postérieure de l'utérus se porte sur le kyste. Sur les faces antérieure et latérale de la tumeur principale se trouvent deux autres tumeurs : *l'une à droite, du volume d'une orange, se trouve formée par l'ovaire dilaté du kyste;* l'autre à gauche, formée par l'ovaire, est moins grosse. Les trompes sont incrustées sur la paroi antérieure de la tumeur et fort allongées, mais perméables; leur pavillon est perdu dans les parois des kystes ovariques. La tumeur, fendue par sa face postérieure, fait voir une vaste cavité du volume d'une tête d'enfant à terme, remplie de sang visqueux, noirâtre, mêlé de grumeaux. Au niveau de la paroi antérieure qui répond aux kystes ovariques, existe une large déchirure à trois lambeaux, donnant issue dans le kyste formé dans le tissu ovarique. Dans ce kyste, il y a également du sang visqueux et des débris de caillots mal organisés et mêlés à des débris de tissu ovarique.

Le kyste ovarique gauche est plus petit, et ne communique avec la tumeur principale que par un trajet fistuleux étroit, et contient un caillot mieux organisé, fibrineux.

(1) Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 106. Paris, 1810.

dominales. Notre jeune médecin se hâtait de reconnaître dans cette disposition le caractère de je ne sais quelle inflammation particulière. Pour moi, apercevant les mêmes taches que dans ma précédente observation, j'insistai pour qu'on explorât plus exactement les viscères. La surface de la matrice nous montra des taches plus larges et plus molles que les autres; enfin nous en trouvâmes la cause dans l'ovaire du côté gauche. Cet organe était du volume d'un œuf de poule, couvert de vaisseaux rouges et fort dilatés, et l'on y voyait une crevasse encore bouchée par un caillot de sang. La cavité du petit bassin contenait environ deux onces de sang en caillots noirâtres, les uns plus desséchés, les autres plus mous, et les taches qui couvraient le péritoine n'étaient qu'une dépendance de la cause commune. Nous reconnûmes donc une espèce d'anévrysme ou de varicocèle de l'ovaire. Il y a lieu de croire que l'épanchement sanguin était commencé depuis longtemps, et n'était qu'une lente exsudation, puisque la résolution du sang tendait à s'effectuer à mesure que l'épanchement s'en opérait.

N'ayant pas vu cette femme vivante, je ne puis dire quels rapports existaient entre les symptômes qu'elle avait éprouvés et l'existence de cet épanchement sanguin ou la maladie de l'ovaire; mais les taches, qu'on ne pouvait s'empêcher ici de reconnaître pour du sang en caillots desséchés, m'ont assuré dans l'opinion que j'avais conçue de semblables taches trouvées dans le sujet de ma première observation, dans laquelle la péritonite a succédé à une chute sur le ventre.

Je n'ajouterai à cette observation qu'un mot de réflexion destiné à indiquer que les taches noires que présentait le péritoine dans les deux observations de Pelletan sont aujourd'hui parfaitement déterminées, qu'elles indiquent seulement la longue durée de la péritonite à laquelle ces deux malades ont succombé, et par conséquent ne prouvent point que, dans l'observation que je viens de rapporter, l'épanchement sanguin contenu dans le péritoine pelvien, évidemment de date ancienne, fût le fait d'une lente exsudation. Il faudrait, pour déterminer la date à laquelle cet épanchement s'est produit, que cette observation contînt des renseignements circonstanciés sur les accidents éprouvés pendant la vie; on regrette d'autant plus cette lacune, que dans la plupart des observations que j'ai à transcrire, la mort a été très rapide ou subite, comme dans le fait suivant, auquel j'avais déjà cru devoir donner place dans mon mémoire de 1848 (1).

(1) G. Bernutz, *Arch. génér.*, *loc. cit.*, t. XVIII, p. 414.

OBSERVATION VI (1). — *Mort subite par insolation, survenue chez une femme pendant la période menstruelle, mais dont le flux ne s'était pas encore produit au dehors. — Congestion intense de tous les organes génitaux. — Tuméfaction de l'utérus et dilatation de sa cavité, qui contenait une certaine quantité de sang. — Adhérence de la trompe droite à l'ovaire correspondant. — Défaut de rapport de la trompe gauche et de l'ovaire correspondant, qui présente une déchirure pathologique. — Présence de deux onces de sang dans le bassin.*

Trois journaliers occupés, sur différents points, à récolter du foin pendant des journées où, au soleil, le thermomètre de Réaumur marquait 40°, moururent subitement.... Selon ce que disent les témoins oculaires, les deux premiers n'auraient quitté leur travail que cinq minutes avant leur décès; ils auraient tourné circulairement en mettant les mains en avant, comme s'ils eussent été privés de la vue, et auraient expiré au moment où ils auraient eu l'air de vouloir s'asseoir.

L'individu qui mourut le premier était un homme.... Le second individu mourut le 7 juillet : c'était une femme de vingt et un ans. Son cadavre fut examiné le 8 au matin. Il était robuste et fortement musclé; toutes les articulations étaient complétement roides; il y avait sur le dos et sur la face des taches livides, et déjà l'odeur de la putréfaction commençait à se manifester; le bas-ventre était ballonné, lisse et sans tâche... « Suit une description circonstanciée de l'état des parties génitales, de laquelle il résulte qu'il y avait un écoulement de nature à faire supposer qu'il existait une dégénérescence morbide de l'excrétion menstruelle (2). »

A l'ouverture du crâne.... Le volume du cœur était naturel; le ventricule droit, un peu distendu, était rempli d'un sang noir et liquide; le ventricule gauche était contracté et vide.

A l'ouverture du ventre, il se répandit une odeur infecte. Les intestins étaient remplis de gaz; leurs circonvolutions logées dans le bassin présentaient des taches rouges (3). La portion intestinale qui avoisinait la vésicule

---

(1) Extrait Steinkuchl : *Examen cadavérique de deux personnes mortes par l'effet de l'insolation* (*Journal de Hufeland*, novembre 1819, dans la *Bibliothèque médicale*, t. CLXX, p. 230). — Reproduite avec quelques variantes par M. Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 242.

(2) Je regrette de n'avoir pu rétablir dans l'observation cette description circonstanciée, absente de l'extrait de la *Bibliothèque médicale* et de celui de M. Andral, parce qu'il semble résulter de la lecture du reste de l'observation que l'écoulement indiqué n'était autre que le flux leucorrhéique qui précède le flux sanguin menstruel.

(3) Des taches rouges à la surface des intestins en contact avec du sang n'autorisent

du fiel était teinte en jaune. La vésicule du fiel ne contenait qu'une petite quantité de bile naturelle.

Tous les autres viscères étaient sains, à l'exception de ceux qui concourent à la génération.

Le fond de la matrice offrait une rougeur (1) intense. L'*ovaire gauche était noir, gangrené et à moitié détruit* (2); l'ovaire droit, fortement enflammé (3), avait contracté des adhérences avec la trompe de Fallope et le péritoine; ses vésicules étaient remplies d'un sang noir et coagulé. La cavité utérine contenait un peu de sang liquide : on l'enleva avec une éponge; mais il suffit de comprimer légèrement les parois de la matrice, pour en voir reparaître une nouvelle quantité par une infinité d'orifices vasculaires. On obtint en outre, en comprimant le col et l'orifice utérin, une matière grasse, jaunâtre, en tout semblable à l'enduit dont étaient couverts le vagin et les grandes lèvres. Les diamètres de la cavité utérine étaient beaucoup plus considérables que dans l'état naturel, et la forme de l'utérus, loin d'être aplatie, présentait plutôt celle d'une poire. On trouvait *dans la cavité du bassin deux onces de sang.*

Immédiatement après cette observation vient, par date de publication, celle de M. Neuman que je transcris en note (4), quoique

---

pas à dire qu'il y avait *de fortes traces d'inflammation* indiquées dans l'extrait de la *Bibliothèque médicale*, mais qu'on ne trouve pas dans la version donnée par M. Andral.

(1) Même remarque pour le fond de l'utérus qui, suivant le traducteur de la *Bibliothèque médicale*, offrait *un état inflammatoire.*

(2) Ce passage ne se trouve pas dans l'observation de la *Clinique médicale* de M. Andral.

(3) Ce travail inflammatoire, si incomplétement décrit, semble représenter l'inflammation, pour ainsi dire physiologique, qui donne lieu à la production de la fausse membrane sur l'existence de laquelle J.-E. Panck a appelé l'attention, et que j'ai signalée dans le mémoire précédent (page 2).

(4) Obs. de Neuman (de Berlin), 1821, publiée en France, *Bibliothèque médicale* de Royer-Collard, t. LXXVIII, p. 113.

Une femme âgée de trente-cinq ans, robuste, n'ayant jamais eu d'enfant, jusque-là abondamment réglée, arriva le 23 février 1821, à l'époque de l'excrétion menstruelle. Les règles parurent comme à l'ordinaire; mais ayant voulu laver à l'eau froide, elle s'aperçut le soir, à cinq heures, qu'elles avaient cessé de couler. Aussitôt des douleurs atroces dans le bas-ventre la forcèrent de se coucher. Les douleurs augmentèrent, il survint un vomissement, et le lendemain matin, à huit heures, la malade fut transportée à l'hôpital de la Charité.

La malade était d'une pâleur mortelle, la face était hippocratique ; en un mot, tous les symptômes de l'agonie existaient. Le bas-ventre était distendu, brûlant, et tellement dou-

M. Puech l'ait, et je crois avec raison, rapportée comme un exemple de rupture de l'ovaire (1), parce que l'auteur de cette observation déclare de la manière la plus positive, dans les réflexions dont il l'a fait suivre, qu'il n'a pu constater aucune rupture, et avoir cru dès lors devoir attribuer l'hémorrhagie intra-abdominale, qui en quelques heures fit périr sa malade, à une exhalation sanguine du péritoine circonvoisin de l'ovaire droit, déformé par une hydatide volumineuse. Malgré l'étiologie donnée à l'épanchement sanguin intra-abdominal par M. Neuman, et qui aurait pu permettre de placer cette observation dans l'espèce précédente, qui est si peu riche en faits, j'ai cru préférable de la rapprocher de ceux qui composent celle-ci, parce que l'hémorrhagie, alors même qu'elle serait attribuée à une exhalation sanguine du péritoine péri-ovarien, devrait néanmoins encore, dans cette supposition, être considérée comme un symptôme de l'affection qu'offrait l'ovaire, et qui est loin d'avoir été toujours la même dans les faits de rupture de cet organe dont j'ai à continuer l'exposition. J'ai à rapporter d'abord l'observation de M. Drecq, publiée dans les *Annales de la médecine physiologique*, 1826, reproduite par divers journaux du temps (2), diversement interprétée par Boivin et Dugès (3), par M. Cruveilhier (4), par M. Chereau (5),

---

loureux, qu'on pouvait à peine le toucher. Il y avait constipation et vomissement de matière fécales. On fit une saignée, on appliqua des sangsues à l'anus, mais la malade ne tarda pas à succomber.

A l'ouverture du péritoine, il sortit trois livres de sérosité sanguinolente ; le petit bassin était rempli de sang coagulé ; le foie et la rate étaient pâles et flétris, les gros vaisseaux vides ; aucune trace d'inflammation. On ne trouva aucune déchirure. Les points par lesquels l'hémorrhagie interne s'était opérée étaient : soit le diaphragme, dont les deux surfaces au-dessus du foie et au-dessous du poumon droit offraient une place très rouge et dont les vaisseaux sanguins étaient engorgés ; soit, et plus vraisemblablement encore, l'*ovaire droit*. Il était converti en une masse ressemblant à du sang coagulé. A sa face postérieure se trouvait une *hydatide de la grandeur d'un œuf de poule*. L'utérus était volumineux comme il l'est ordinairement à l'époque de la menstruation ; ses deux ouvertures internes, correspondant aux trompes de Fallope, étaient dilatées. L'ovaire gauche contenait un grand nombre d'hydatides.

(1) A. Puech, *loc. cit.*, p. 23.

(2) Je renverrai au *Journal universel des sciences médicales*, t. XLII, p. 361, où l'observation a été exactement reproduite des *Annales de la médecine physiologique*, parce que ce dernier journal est plus difficile à trouver que le premier.

(3) Boivin et Dugès, *loc. cit.*, t. II, p. 563, 1833.

(4) Cruveilhier, *Anat. patholog.*, 13e livraison, p. 13.

(5) A. Chereau, *Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires*, 1er mémoire, in-8, p. 170. Masson, Paris, 1844.

et enfin par M. Puech (1); mais qui, quel que soit le nom qu'on donne à l'altération de l'ovaire, n'en est pas moins un exemple de rupture pathologique de cet organe suivie d'hémorrhagie intra-pelvienne.

OBSERVATION VII (2). — *Anémie antécédente. — Depuis trois mois menstruation tous les quinze à vingt jours sans cause appréciable. — Début subit d'une péritonite excessivement grave, accompagnée des symptômes habituels d'une hémorrhagie interne. — Absence de métrorrhagie concomitante à cette péritonite. — Mort trente heures environ après le début des accidents. — Hémorrhagie intra-abdominale très abondante. — Rupture de l'ovaire droit, énormément augmenté de volume, et dont le tissu parenchymateux ressemblait parfaitement à celui de la rate d'un individu mort de scorbut.*

Une domestique, âgée de trente-deux ans, maigre, bien réglée, avait le teint jaune depuis six ans, époque à laquelle elle s'était baignée dans une petite rivière dont les eaux sont très froides et dans un moment de sueur. Depuis cette imprudence, elle avait eu de fréquents maux d'estomac et de ventre avec hoquet. Les menstrues continuèrent néanmoins à couler avec régularité. Au mois d'octobre 1825, cette fille fut prise d'une colique très forte, qui disparut après six heures de durée; mais depuis ce moment les menstrues vinrent tous les quinze à vingt jours, et la malade ne pouvait rien manger sans vinaigre.

Le 18 janvier 1826, à onze heures du soir, des coliques de tout le ventre se manifestent sans cause appréciable; du thé fut pris et vomi peu d'instants après ; il en fut de même du vin chaud sucré. A cinq heures du matin, il y eut un peu de calme; la malade en profita pour se coucher. Elle dormit plusieurs heures et fut réveillée par le retour des coliques, le froid des extrémités inférieures, le hoquet et des sueurs froides. Son état paraissait alarmant : je fus appelé à dix heures du matin, onze heures, par conséquent, après l'apparition des premières douleurs. Je trouvai la malade dans l'état suivant : Face décolorée, traits décomposés, concentrés sur la ligne médiane; pupille très dilatée, cornée transparente, disparaissant souvent sous la paupière supérieure; mains et pieds couverts d'une sueur froide. Ventre tendu, ballonné, brûlant, extrêmement sensible au toucher dans toute son étendue, et

(1) A. Puech, *loc. cit.*, p. 25.

(2) Obs. de M. Drecq, médecin à Moulins (*Journal universel des sciences médicales*, 1826, t. XLII, p. 361).

surtout à l'hypogastre. La malade se plaignait d'un poids énorme sur l'estomac, qui l'étouffait ; il y avait des vomissements de mucosités avec défaillances; le pouls était petit, concentré et filiforme, régulier quand la malade avait quelques moments lucides, irrégulier et intermittent au retour des douleurs.

A la vue de cette réunion de symptômes, je crus avoir à combattre une péritonite des plus aiguës. La gravité des symptômes me fit pronostiquer une terminaison funeste. Je prescrivis cependant une quarantaine de sangsues sur le ventre, avec recommandation de les faire saigner abondamment, et de mettre la malade dans un demi-bain. Le soir, on m'apprit que les piqûres de sangsues n'avaient pas rendu de sang. Je fus étonné et alarmé de cette circonstance. J'examinai le ventre, la malade étant couchée : il était souple, moins douloureux que le matin; elle disait éprouver du mieux, malgré les défaillances et les envies de vomir qui persistaient.

Je sus bientôt à quoi m'en tenir sur ce prétendu mieux : le pouls avait entièrement disparu ; les cuisses, les jambes et les pieds étaient froids comme de la glace. J'annonçai que la malade n'avait plus que quelques heures à vivre ; elle mourut en effet à deux heures du matin.

L'ouverture du cadavre fut faite quinze heures après la mort. Je commençai par l'abdomen; il s'écoula de sa cavité à peu près trois pintes d'un sang noir. J'examinai avec attention le péritoine, l'estomac, les intestins et tous les autres organes contenus dans l'abdomen : ils étaient pâles, décolorés, mais sains. Après avoir détaché le canal digestif, je cherchai d'où pouvait provenir une si grande quantité de sang, ne trouvant aucune rupture dans les gros vaisseaux. Je voulus aussi examiner la matrice; pour parvenir jusqu'à elle, il me fallut passer ma main à travers un corps demi-solide, et qu'en regardant, je reconnus être un très gros caillot de sang assez ferme, et de la grosseur au moins des deux poings. Après avoir enlevé quatre fois, plein ma main, de ce sang coagulé, je découvris la matrice ; elle avait son volume ordinaire, ainsi que l'ovaire droit. Mais il n'en était pas de même *de l'ovaire gauche : il avait acquis le volume d'un gros œuf de poule, était noir*, enflammé, et présentait une scissure profonde, de laquelle sortait par la pression un sang noir, semblable à celui épanché dans le ventre. *Le tissu parenchymateux de cet ovaire ressemblait parfaitement à celui de la rate d'un individu mort du scorbut.* Les poumons étaient sains ; le cœur était pâle, mou et vide de sang. L'intérieur de l'estomac était tapissé de mucosités épaisses, il n'y avait aucune trace d'inflammation dans sa membrane muqueuse; il en était de même de celle des intestins. Le foie et la rate étaient sains, décolorés, mais assez fermes. Je n'ouvris pas la tête.

Je ne ferai suivre cette observation tant de fois discutée, et qui

par cela même était connue de tout médecin un peu instruit avant la prétendue découverte de l'hématocèle, que de très courtes réflexions destinées à déterminer quelle était la lésion de l'ovaire qui a donné lieu à l'hémorrhagie intra-abdominale si rapidement mortelle. Les différents troubles fonctionnels auxquels cette malade était en proie depuis plusieurs années, et qui indiquent qu'elle était assez profondément anémique, permettent de rapporter bien plus légitimement les métrorrhagies qui ont précédé pendant un certain temps la rupture de l'ovaire à cet état cachectique qu'à une affection inflammatoire de cet organe, qui ne s'est révélée pendant la vie par aucun symptôme, et qui après la mort n'a laissé aucun des stigmates habituels des ovarites. Aussi, malgré l'opinion de MM. Hirtz et Chereau (1), qui ont voulu voir dans cette observation une ovarite à forme spéciale, une ovarite hémorrhagique, la lésion de l'ovaire décrite dans cette observation me paraît-elle mériter le nom d'apoplexie que madame Boivin et Dugès (2) lui ont donné. J'accepte complétement l'opinion de M. Cruveilhier (3); et au lieu de rattacher à un travail inflammatoire le ramollissement de l'ovaire qui a précédé le raptus hémorrhagique, je crois que cet organe a été sourdement le siége d'un travail pathologique, de nature indéterminée, analogue au ramollissement hémorrhagipare, décrit par mon cher maître Rochoux, qui préexiste à l'apoplexie cérébrale. La justesse de l'opinion de M. Cruveilhier ressort bien plus manifestement encore, lorsqu'on rapproche les lésions décrites dans l'observation précédente de celles qui se trouvent indiquées dans l'observation suivante, dans laquelle l'hémorrhagie a été manifestement précédée par un travail inflammatoire des ovaires. Mais j'ai le regret de dire que cette observation, intéressante à cause de la coexistence d'une ovarite et d'une hématocèle, qui semble pouvoir être attribuée à la solution de continuité que présentait l'ovaire non-seulement enflammé, mais creusé d'un petit foyer sanguin, laisse tant à désirer au point de vue de l'anatomie pathologique, et surtout de la symptomatologie, que j'ai longtemps hésité à la rapporter.

---

(1) Chereau, *loc. cit.*, p. 169.
(2) Boivin et Dugès, *loc. cit.*, t. II, p. 563.
(3) Cruveilhier, *loc. cit.*, 13e livraison, p. 13.

OBSERVATION VIII (1). — *Pelvi-péritonite antécédente symptomatique d'une ovarite. — Métrorrhagies. — Cautérisations. — Une quinzaine de jours après la dernière de ces cautérisations, début d'une péritonite qui bientôt se généralise. — A l'autopsie, épanchement sanguin intra-abdominal. — Adhérences anciennes du péritoine pelvien. — Ovaires infiltrés de pus. — Au centre de l'ovaire droit, complétement ramolli, foyer hémorrhagique, qui arrive par une de ses extrémités à la surface de l'organe, qui en ce point présente une déchirure.*

La nommée Desnois (Coralie), âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, couchée au n° 72 de la salle Saint-Thomas, service de M. Denonvilliers, est entrée le 10 septembre 1855 pour un ulcère fongueux du col de l'utérus. C'était une femme bien constituée, qui avait été habituellement bien réglée et avait eu une couche antérieure.

Lors de son entrée à l'hôpital, cette femme se plaignait que, depuis deux mois environ, elle était tourmentée de pertes sanguines presque continuelles; ses forces diminuaient rapidement, elle éprouvait en même temps des douleurs sourdes dans les reins. A l'examen au spéculum, on reconnut une ulcération fongueuse, située à l'orifice du col de l'utérus. Cette altération suffisant pour expliquer tous les troubles observés, on s'en tint à ce diagnostic; on pratiqua successivement, durant les quinze premiers jours depuis l'entrée de la malade, deux cautérisations, une au fer rouge et une au crayon de nitrate d'argent. On prescrivit des injections et deux portions. Les pertes utérines cessèrent et l'ulcère était en voie de guérison.

La malade était donc soignée pour une affection en apparence très légère, lorsque le mardi, 2 octobre, elle se plaint d'une indisposition assez subitement venue. Le matin elle ne mange que de la soupe, le soir elle ne veut rien prendre absolument. Elle souffre pendant la journée dans le ventre, dans les reins; elle éprouve de l'oppression. Le soir, la fièvre est assez forte. Il n'y a ni nausées ni vomissements. La constipation existe depuis quelques jours; le ventre est sensible à la pression et assez volumineux. On prescrit un cataplasme et un lavement purgatif. Pendant toute la nuit la malade reste très souffrante, bien qu'il n'y ait pas aggravation manifeste des symptômes.

Le 3. — M. Demarquay, qui remplaçait M. Denonvilliers, l'examine avec soin. Elle a de la fièvre; le ventre est sensible, surtout au côté droit, et l'on détermine des douleurs assez vives par la pression; il y a tension du côté au niveau de la fosse iliaque. On ordonne douze sangsues et un bain. La maladie marchant très rapidement, il devient bientôt impossible de transporter cette femme au bain.

---

1) Luton, *Gazette médicale*, 1856, p. 76.

Dans la nuit du même jour, le hoquet se déclare. Vers le matin, les vomissements commencent ; les matières ont l'aspect d'un eau savonneuse salée. Le ventre est gros, douloureux ; l'oppression est excessive ; la malade est pâle, sans mouvement et sans voix. Enfin elle succombe, après avoir été agitée de quelques frissons, le jeudi à quatre heures du matin.

L'*autopsie*, faite le 5 octobre, présente à étudier les résultats suivants :

La pâleur de la peau est extrême, comme est la peau d'un individu mort d'hémorrhagie.

Le ventre est légèrement ballonné. Dès qu'on eut incisé les parois de l'abdomen, on reconnut qu'il y avait un épanchement de sang dans le péritoine. Les intestins sont distendus par des gaz ; le péritoine qui les recouvre présente des arborisations et a éprouvé manifestement un commencement d'inflammation. Mais l'attention se porte plus particulièrement vers les organes contenus dans le bassin, où le sang s'est accumulé. Il y en a plus d'un litre. Il est fluide et noir, et tient quelques caillots en suspension.

Lorsqu'on l'a fait écouler, on constate que le péritoine qui tapisse tous les organes pelviens est recouvert d'une fausse membrane, molle et récente, teinte en rouge brun par l'imbibition du sang épanché.

L'utérus a son volume et ses rapports normaux. Les annexes à droite et à gauche sont unies, comme confondues entre elles par une exsudation plastique dont l'organisation avancée, indique une inflammation déjà ancienne. Elles adhèrent également avec les parties latérales du rectum ; on rompt facilement toutes ces adhérences.

L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli, friable ; il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus ou de matière plastique. L'ovaire droit est encore plus malade et plus difficile à isoler et à délimiter. Mais ce qui est surtout curieux, relativement à lui, c'est qu'il présente, du côté par lequel il regarde le cul-de-sac utéro-rectal, une petite déchirure à travers laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin noir et mou. Il est coiffé par le pavillon de la trompe très élargi et adhérent au rectum, de telle sorte qu'au premier abord on avait cru avoir affaire à une hémorrhagie tubaire ; mais on reconnut manifestement que l'hémorrhagie avait pour point de départ l'ovaire. En effet, l'ovaire étant disséqué et coupé par tranches, on voit un foyer sanguin qui semble occuper une vésicule de Graaf. A côté du kyste hémorrhagique on trouve une cavité, vide, assez grande, qui pourrait aussi se rapporter à une autre vésicule de Graaf, presque noire ; il semble qu'on puisse suivre le trajet que le sang a dû suivre pour venir de ce foyer hémorrhagique, faire irruption dans le cul-de-sac utéro-rectal. Du reste, le tissu de l'organe, indépendamment de cela, paraît transformé en putrilage par l'inflammation.

Les cautérisations pratiquées sur le col de l'utérus n'ont laissé qu'une surface parfaitement cicatrisée, la dernière ayant été faite il y a quinze jours au

moins. La muqueuse utérine est très humide et paraît couverte d'une notable quantité de muco-pus.

Le défaut d'antécédents et le peu de précision que présente la description de la péritonite à laquelle cette malade a succombé, empêchent d'analyser cette observation; je l'ai rapportée uniquement, comme je l'ai dit, à cause de l'état inflammatoire que présentaient les ovaires, surtout l'ovaire droit, qui était diffluent et qui semble avoir fourni l'hémorrhagie intra-péritonéale. J'aurais voulu pouvoir en rapprocher deux observations, l'une de M. Wardrop, l'autre de M. Romberg, dans lesquelles, suivant l'indication donnée par M. Vernay (1), l'hémorrhagie intra-abdominale aurait eu pour cause la rupture d'une tumeur érectile de l'ovaire : mais, malgré des recherches assez longues, je n'ai pu trouver ces observations; je ne puis même garantir l'exactitude de la citation de M. Vernay, parce que j'ai inutilement compulsé toute la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, à laquelle il renvoyait pour l'indication bibliographique précise des deux observations originales de MM. Wardrop et Romberg, sans être assez heureux pour la découvrir dans aucun des volumes de ce recueil. En désespoir de recherches inutiles, j'arrive au dernier fait de rupture pathologique que j'ai à produire : c'est l'observation princeps de M. Puech, celle qui paraît avoir été le point de départ de toutes ses recherches sur l'hématocèle, que j'ai souvent mises à contribution, et qui certainement méritent d'être beaucoup plus connues qu'elles ne le sont.

Observation IX (2). — *Suppression brusque des règles à la suite d'une émotion morale. — Depuis cette époque menstruations plus fréquentes. — Quatre mois après la suppression des règles, manifestation d'une péritonite généralisée sans flux métrorrhagique. - Mort le troisième jour. — Epanchement sanguin intra-abdominal provenant de la rupture de l'ovaire, qui présente des caillots anciens et des caillots récents semblables à ceux qu'on trouve dans un anévrysme.*

A. Bonnet, âgée de vingt-huit ans, est une femme robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin. A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Toulon, le 24 janvier 1857, elle présentait une arthrite du genou gauche qui remontait à huit

(1) Vernay, *Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 318.
(2) A. Puech, *loc. cit.*, obs. VIII, p. 29.

jours; des sangsues appliquées en grand nombre (cinquante) dissipèrent les douleurs, mais le gonflement persistant, on crut devoir recourir au caustique de Vienne. Tout allait pour le mieux, et elle commençait à pouvoir se promener, lorsque, dans la soirée du 2 mars, elle fut prise de violentes coliques. Ces coliques, dont le siége était à la région hypogastrique, lui arrachaient des cris aigus et la faisaient se tordre dans son lit. L'interne de garde, appelé, prescrivit un lavement avec vingt gouttes de laudanum.

Le lendemain, voici dans quel état je la trouvai :

Le facies est grippé, les yeux sont cernés et l'agitation extrême ; à chaque instant la malade change de place, sans se trouver bien nulle part. Elle accuse une violente douleur à l'hypogastre, et principalement dans la fosse iliaque droite ; le ventre est encore assez souple, mais lorsqu'on veut le palper, les muscles se contractent spasmodiquement. Concurremment il existe des nausées et des éructations; le pouls est petit, serré et fréquent. — Prescription: Trente sangsues, fomentations émollientes, limonade à volonté.

Momentanément chargé du service, j'étais très embarrassé pour m'expliquer la maladie qui était en train de se développer. La marche rapide des accidents et leur manière d'être écartaient la pensée d'une péritonite idiopathique; mais s'il y avait péritonite symptomatique, à quelle cause fallait-il la rattacher? J'eus tout d'abord la pensée d'un kyste fœtal qui se serait rompu. Je m'enquis alors des antécédents. Il y a un an, cette femme a eu un enfant qu'elle n'a pas nourri. Elle se portait bien et était menstruée régulièrement, lorsqu'il y a quatre mois, sous l'influence d'une forte émotion morale, les menstrues s'arrêtèrent brusquement : quelques heures après, elle éprouvait une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, douleur qui céda à une application de vingt sangsues. Depuis, elle perd davantage et plus fréquemment, tous les vingt jours à peu près; il y a trois jours que les règles avaient cessé après avoir coulé moins longtemps que d'ordinaire, lorsque s'est réveillée cette vive douleur.

4 mars. — Les sangsues, qui ont beaucoup coulé, ont calmé momentanément les douleurs. Cette nuit elles ont reparu, moins aiguës peut-être, mais plus persistantes. La malade, qui comptait sur le bon effet de la perte de sang, commence à désespérer et est assaillie de pressentiments sinistres. Son facies est mauvais, ses yeux caves et cernés, sa physionomie profondément abattue. Les nausées sont incessantes; les vomissements, qui s'étaient montrés hier par intervalles, sont plus fréquents aujourd'hui : les moindres cuillerées de boisson les réveillent. Le ventre, très douloureux au toucher, supporte à peine le contact des couvertures; les parois sont toujours tendues et nullement dépressibles; il y a à la fois de la constipation et un peu de ténesme anal. Elle a aussi de fréquentes envies d'uriner, et, lorsqu'elle les satisfait, elle expulse à peine quelques gouttes. La respiration se fait uniquement par le soulèvement des côtes, le diaphragme restant à peu près immobile. Le pouls,

toujours serré et fréquent, est misérable. — Prescription : Frictions mercurielles, lavement purgatif; mauve miellée.

5 mars. — L'état de la malade empire : le facies devient de plus en plus mauvais; à plusieurs reprises le visage se couvre d'une sueur froide. A l'agitation a succédé une immobilité presque absolue, et les plaintes, quoique incessantes, sont maintenant articulées d'une voix faible, par moments éteinte. Il n'y a pas eu de selles, mais par contre les vomissements continuent et se répètent chaque fois que la malade veut boire quelque peu de tisane. Les frictions mercurielles ont été sans effet. La tension des parois abdominales a disparu et le ventre est fortement ballonné : on dirait une femme enceinte. La pression n'est plus douloureuse et l'affaissement est complet. Elle reste ainsi toute la journée et succombe à neuf heures du soir.

Autopsie vingt-deux heures après la mort. — *Aspect extérieur :* Ventre excessivement développé, traces des sangsues, plaies produites par les cautères au devant du genou gauche; l'articulation ouverte : rougeur des cartilages semi-lunaires et injection assez vive du tissu cellulaire sous-synovial; en bas et en dehors quelques caillots rougeâtres mêlés à une synovie légèrement sanguinolente.

Le cerveau ne fut point examiné.

Poitrine. — Poumons sains, en arrière légère hypostase sanguine. Le cœur, de volume normal, contient des caillots fibrineux dans ses cavités droites, et un peu de sang dans le ventricule et l'oreillette gauches.

Abdomen. — A l'ouverture des parois, il s'écoule environ 500 grammes d'un liquide couleur de chocolat au lait. Outre ce liquide, qui est mêlé à *des caillots sanguins dans le pelvis*, on constate l'injection du péritoine intestinal et la présence d'exsudats fibrineux et de pseudo-membranes entre les anses de l'intestin et sur les divers viscères. Le tube digestif, examiné dans toute son étendue, ne présente ni perforation, ni même la moindre altération. Le foie, de volume moyen, est légèrement ramolli; à part cela son tissu paraît sain; la vésicule est distendue par une bile noirâtre. Le pancréas et la rate sont sains; il en est de même pour les reins, la vessie et les capsules surrénales.

Organes génitaux. — Les vaisseaux qui constituent le plexus pampiniforme ne paraissent pas sensiblement dilatés. La matrice est allongée et sa muqueuse est d'un rouge vif; de nombreux kystes de Naboth existent dans le col, dont la capacité dépasse celle du corps. Le museau de tanche est effacé, et porte, comme chez les multipares, des tubercules au pourtour de son ouverture; en outre la lèvre postérieure est unie à ses deux extrémités avec le vagin : de là un godet où le doigt s'engage jusqu'à 0,02.

A gauche, la trompe et l'ovaire sont sains. A droite, au contraire, ces deux organes agglomérés constituent une tumeur formée surtout aux dépens de l'ovaire. Rouge noir par la coloration et comparable à une petite pomme par

la forme comme pour le volume, cette tumeur ovarique présente à son centre et en avant une déchirure irrégulièrement triangulaire, longue de 0,012 et large de 0,006 à sa base, qui regarde en haut. Les bords de cette déchirure sont déchiquetés, surtout en dedans, où ils offrent comme des dentelures. A quelques millimètres se rencontre une arête décrivant un demi-cercle; elle forme à la déchirure une sorte d'encadrement qui vient mourir au dehors. Enfin, dans ce sens et en haut existe un point rougeâtre placé à côté d'une bosselure en forme d'une amande. Par la fente, ou si l'on veut par la perforation, il s'écoule du sang; après vingt-quatre heures de macération l'eau est encore rougie.

Placée à droite de l'utérus, cette tumeur est fixée en bas par le tissu cellulaire sous-péritonéal, sur les côtés par le ligament de l'ovaire et par la trompe. Celle-ci a sa cavité effacée et son pavillon oblitéré par des adhérences anciennes; elle est si bien réunie à la paroi antérieure de la tumeur, qu'elle ne peut être reconnue et détachée qu'après une minutieuse dissection. Quant à la tumeur qui occupe la place et qui s'est formée aux dépens de l'ovaire, elle est constituée par du sang, des caillots et une coque.

A part les points où s'étend la trompe, la coque est exclusivement composée par le péritoine. Cette séreuse paraît sensiblement épaissie, excepté pourtant autour de la déchirure, où elle a son épaisseur normale. En d'autres endroits, et surtout en arrière, où la coque a près d'un centimètre d'épaisseur, il s'est fait un dépôt fibrineux que l'on parvient à décortiquer avec de la patience. Ce dépôt paraît s'être fait fibrille par fibrille, et son agencement irrégulier rappelle assez bien la structure des caillots actifs qui se forment dans les anévrysmes. Il est d'autant plus ancien qu'on regarde plus près de la périphérie; lorsqu'on s'en éloigne, on constate une consistance moindre, et partant une organisation plus récente. On a ainsi une espèce de nid rempli par des caillots jaunâtres de récente formation et par des caillots noirâtres; ces derniers correspondent à la déchirure.

La rapidité de la terminaison fatale, qui a eu lieu dans cette observation comme dans les deux précédentes, la mort subite qui s'est produite dans la seconde, et le défaut de description des symptômes qui ont existé pendant la vie de la malade observée par Pelletan et Bichat, rendent très difficile, on le comprend facilement, de déterminer le diagnostic de cette espèce d'hématocèle, dont les observations que je viens de rapporter paraissent presque uniquement mettre l'existence hors de contestation. Cependant on trouve dans ces cinq observations un assez grand nombre de circonstances semblables pour qu'il semble permis d'espérer que leur analyse

pourra à l'avenir autoriser dans un certain nombre de cas à présumer pendant la vie que l'ovaire a été la source de l'hémorrhagie intra-abdominale. Cette présomption offre une certaine probabilité lorsqu'on trouve réunies les circonstances suivantes : le défaut de corrélation exacte du début de la péritonite hémorrhagique avec une époque menstruelle; l'absence d'un flux sanguin par la vulve au moment où ces accidents se développent; la réunion, dans l'ensemble symptomatique qui caractérise la rupture de l'ovaire, de deux ordres de signes dont les uns constituent le cortége habituel des hémorrhagies internes, les autres celui de l'inflammation de la séreuse abdominale; enfin l'absence d'accidents dysménorrhéiques à l'époque ou aux époques menstruelles antécédentes à la péritonite.

Je n'accorderai qu'une médiocre importance au défaut de corrélation exacte du début des accidents avec une époque menstruelle, qu'on trouve notée dans quatre des cinq observations que je viens de rapporter, parce qu'on pourrait m'objecter que si trois d'entre elles n'indiquent pas cette corrélation, l'absence de ce renseignement doit être attribuée, dans deux de ces cas, à l'époque déjà ancienne à laquelle ils ont été recueillis, et dans le troisième, qui est tout moderne, au peu de détails qu'il contient sur les antécédents de la malade. Cependant je crois cette objection peu fondée, parce que, dans ces trois observations, le défaut de renseignements sur la corrélation du début des accidents à une époque menstruelle concorde avec les résultats des autopsies, qui, dans aucune d'elles, n'indiquent l'existence actuelle du travail de la menstruation, tandis qu'il est révélé si péremptoirement, au contraire, dans l'observation de Hufeland, qu'il est possible d'affirmer, sans le moindre renseignement antérieur, que chez cette femme la rupture de l'ovaire est survenue au moment même où la fonction cataméniale s'accomplissait et avant qu'elle fût encore indiquée par le flux sanguin extérieur. Je suis d'autant plus disposé à tirer de ces faits l'induction qu'il n'y a pas une corrélation nécessaire entre le début de l'apoplexie de l'ovaire et la menstruation, que l'observation de M. Puech, qui seule contient des détails circonstanciés sur la fonction menstruelle, indique explicitement que c'est trois jours après la fin de la menstruation, moins longue qu'à l'ordinaire, et sans qu'il y ait eu un retour de l'écoulement sanguin au moment où les accidents ont débuté, que

la rupture de l'ovaire s'est produite. Aussi n'est-ce pas la crainte de l'objection précédente qui me fait n'accorder qu'une médiocre importance à ce défaut de corrélation du début des accidents à une époque menstruelle, mais parce que ce défaut de corrélation existe dans les hématocèles symptomatiques de rupture veineuse, paraît exister dans les pelvi-péritonites hémorrhagiques, a lieu dans un certain nombre, très restreint toutefois, des hématocèles métrorrhagiques, et enfin se présente dans les hémorrhagies intra-péritonéales symptomatiques de grossesse extra-utérine, et que cette circonstance ne peut, par conséquent, servir à distinguer l'espèce que nous étudions de toutes celles que je viens d'indiquer. Elle pourrait être invoquée seulement comme caractère distinctif des hématocèles symptomatiques d'un vice d'excrétion qui, elles, se manifestent constamment à une époque menstruelle, mais dont le diagnostic différentiel est assez facile, puisque, dans cette quatrième espèce, la migration du sang dans la cavité abdominale ne se produit pas à la première menstruation absente, se trouve précédée au contraire à une ou plusieurs époques consécutives par les accidents auxquels donne lieu la rétention de la sécrétion cataméniale.

L'absence d'un flux sanguin par la vulve, au moment où a lieu l'épanchement du sang dans la cavité péritonéale, me paraît avoir une plus grande importance pour le diagnostic que le signe précédent, lorsque, comme je viens de le dire, le défaut de phénomènes dysménorrhéiques aux époques précédentes a permis de ne point rattacher les accidents à une rétention menstruelle. Elle peut alors en effet servir dans un grand nombre de cas à distinguer les hémorrhagies symptomatiques d'une rupture de l'ovaire des hématocèles déterminées par une hypersécrétion sanguine de la muqueuse des organes génitaux, qui constituent ma cinquième espèce, dans laquelle je devrais par conséquent étudier ce diagnostic. Mais j'ai dû, avant de décrire ces hématocèles métrorrhagiques, rechercher la valeur du signe que je viens d'indiquer, parce que M. Laugier, dans les arguments (1) qui précèdent l'exposition de sa théorie transcrite au commencement de ce chapitre (2), a donné comme signe patho-

(1) Laugier, *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 26 février 1855, t. XL, p. 457.

(2) Voyez page 386.

gnomonique des hématocèles la production d'un flux extérieur, et par conséquent a donné, en raison même de sa théorie, cette production d'un flux sanguin par la vulve comme un signe particulièrement propre aux hématocèles symptomatiques d'une rupture de l'ovaire auxquelles, comme on vient de le voir, j'attribue un signe complétement opposé. Il s'agit là d'une question de fait; aussi n'ai-je pas à faire remarquer qu'il paraît contradictoire de donner la production d'un flux sanguin extérieur comme signe d'une hémorrhagie ovarienne dont le produit s'épanche dans la cavité péritonéale, et qui ne peut, par cela même, venir par les trompes se déverser dans l'utérus et de là s'écouler au dehors ; il faut simplement relever ce que l'observation a fait constater. Les cinq observations que j'ai transcrites, les seules qui, à ma connaissance du moins, puissent être légitimement considérées, par la description qu'elles contiennent, comme des exemples de rupture pathologique de l'ovaire, non puerpérale (1), bien entendu, sont unanimes; dans aucune d'elles les

---

(1) Le titre de grossesse extra-utérine, que M. Pollard a donné à l'observation qu'il a publiée, et qu'elle me paraît mériter, m'a fait placer en note cette observation présentée par M. Puech (page 27), comme un exemple de rupture double de l'ovaire et de la trompe observé dans l'état de vacuité.

Obs. de M. Pollard (*The Lancet*, mars 1848), extraite des *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XVIII, p. 475. — *Grossesse tubaire. — Rupture du kyste fœtal contenu dans la trompe gauche. — Apoplexie de l'ovaire. — Épanchement sanguin très considérable dans la cavité abdominale.*

Une domestique, âgée de vingt-huit ans, fit appeler le docteur Pollard le 20 août dernier, pour des douleurs dans les articulations, et pour un sentiment de faiblesse générale. Le 4 septembre, les douleurs étaient encore assez vives dans l'épaule et avaient un caractère rhumatismal. Dans la soirée du lendemain, elle fut prise subitement, sans autre cause connue que des rapports sexuels répétés, de nausées, de vomissements et de douleurs vers le côté droit de l'abdomen. Les nausées et les vomissements allèrent en augmentant, et ne purent laisser de doute sur le développement d'une péritonite : la face était anxieuse, décolorée, le pouls insensible, les extrémités froides, la respiration oppressée, le collapsus complet. Elle succomba vingt heures après le commencement des accidents. La nature des symptômes éprouvés par la malade indiquait la présence d'une hémorrhagie interne. Restait à savoir quelle en était la source.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen on aperçut une grande quantité de caillots et de sang liquide; mais les viscères abdominaux, le foie, la rate, les reins, ne présentaient aucune trace de déchirure. En examinant le bassin, l'auteur de l'observation découvrit un caillot dans la trompe du côté gauche; il détacha l'utérus et ses appendices, et voici ce qu'il trouva : L'utérus était assez volumineux, l'ouverture du col remplie par un liquide muco-sanguinolent, et la cavité interne tapissée par une membrane caduque qui bouchait, ainsi que cela a lieu ordinairement, les orifices des trompes. L'ovaire droit

malades, depuis le début et pendant la durée des accidents que la rupture de l'ovaire a fait naître, n'ont présenté de flux sanguin par la vulve. Celle de M. Prost, que j'ai transcrite en note (1) à cause de l'obscurité de la description anatomique qu'elle contient, fait seule exception, et une exception peu probante, puisqu'il est impossible de déterminer si cette observation, défectueuse sous tant de rapports, mérite ou non le titre d'apoplexie de l'ovaire que son auteur lui a donné, et si concurremment à cette apoplexie n'a pas existé un fluxus pathologique de tous les organes génitaux, dont une partie du produit s'est déversée dans le péritoine et a donné lieu à l'hématocèle. Je n'ai pas besoin de dire qu'on ne peut regarder comme des exceptions les observations d'hématocèle accompagnée d'un flux sanguin extérieur, dans lesquelles la description des lésions pathologiques de l'ovaire est telle qu'elle permet de reconnaître qu'on a donné le nom de lésions morbides à des stigmates physiologiques de l'ovulation, qui existent, nécessairement, concurremment à l'hématocèle chez toute femme menstruée.

J'ai déjà indiqué que la coexistence de ces stigmates dans toutes les variétés de cette affection ne peut autoriser à confondre toutes les espèces qu'elle peut offrir dans une seule et même description, mais j'ai à revenir sur ce point. J'ai besoin de faire remarquer que cette coïncidence forcée des stigmates de l'ovulation existe non-seulement dans toutes les variétés des hématocèles, mais dans toutes les affections quelconques, soit des organes génitaux, soit d'un organe quel qu'il soit, qui se développent pendant le cours de la menstruation, et infirme, par conséquent, toute corrélation pathologique qu'on voudrait établir entre le développement de l'affection et les stigmates

---

offrait de nombreuses cicatrices et un corps jaune du côté gauche. La trompe de Fallope renfermait un caillot du volume d'une amande.

A un pouce environ de l'utérus et au niveau de la partie supérieure de cette tumeur, il existait une fente, bouchée par un caillot irrégulier, au centre duquel on distinguait un petit sac, mais tellement comprimé et déformé par la pression du sang coagulé, qu'il fut impossible de déterminer si c'était un ovule (cette dernière hypothèse était confirmée par la présence d'une caduque dans la cavité utérine). L'ovaire gauche était du volume d'une pomme et creusé à son intérieur d'une cavité remplie de sang, cavité qui s'était rompue dans la cavité abdominale par une fente d'un quart de pouce de long. La caduque offrait sous le microscope ses caractères habituels. Le col de l'utérus renfermait du mucus, des globules sanguins et de la fibrine ; il n'y avait aucune trace de spermatozoaires, soit dans le col de l'utérus, soit dans le liquide vaginal ou avec l'épithélium.

(1) Voyez page 388.

de l'ovulation, lorsque ceux-ci présentent leur état normal. J'ai dû faire cette remarque parce qu'elle permet de juger la théorie formulée par M. Lenoir, que j'ai transcrite en note (1), et qui a été éditée par M. Nélaton (2), auquel ses élèves se sont empressés de l'attribuer. Après la réflexion que je viens de faire, je n'ai pas à insister beaucoup pour convaincre que l'âge semblable que présentent le dernier ou les derniers stigmates de l'ovulation et l'épanchement ou les diverses parties de l'épanchement sanguin intra-péritonéal, s'il s'est effectué en plusieurs fois correspondantes à des époques menstruelles, comme dans l'observation de M. Denonvilliers (3), ne peut établir que l'hémorrhagie considérable dont le produit remplit l'excavation pelvienne a été fourni par un ou deux follicules de Graaf. Il y a, comme je l'ai plusieurs fois indiqué, une coïncidence forcée entre le ou les stigmates de l'ovulation et le ou les épanchements sanguins survenus à la même ou aux mêmes époques cataméniales; elle ne peut, par conséquent, établir aucune filiation entre deux éléments anatomo-pathologiques, l'un physiologique, l'autre morbide, qui sont et qui doivent être nécessairement du même âge. Il faut, pour qu'on puisse croire à une relation pathologique entre l'hématocèle et la rupture de l'ovaire, que celle-ci offre des caractères bien tranchés qui permettent d'affirmer qu'elle est bien certainement

---

(1) M. Lenoir, *séance de la Société de chirurgie du 4 juin* 1851, à propos de la communication de M. Denonvilliers, prit la parole en ces termes :

« Dans les deux observations que M. Denonvilliers vient de lire à la Société, il est fait » mention que les accidents se sont développés immédiatement après l'époque mens- » truelle ; et dans la pièce anatomique on peut constater à la surface de l'un des ovaires » deux petits kystes sanguins ouverts à la surface de ces organes.

» Cette coexistence n'éclaire-t-elle pas l'étiologie de ces épanchements de sang ? Ne » sait-on pas, en effet, qu'à chaque époque menstruelle, il y a rupture d'une des vési- » cules organiques, à la suite de laquelle l'œuf contenu dans cette vésicule tombe dans » la trompe ou dans la cavité péritonéale ? Or cette rupture est toujours accompagnée et » suivie d'un écoulement de sang peu considérable, mais qui quelquefois est assez abon- » dant pour former à la surface des ovaires des tumeurs du volume d'une noix, comme » j'en ai vu deux exemples chez des femmes mortes pendant l'époque menstruelle. Main- » tenant ne peut-il pas se faire que le sang fourni par la rupture de la vésicule ovarique, » au lieu d'être en petite quantité et de séjourner à la surface de l'ovaire, soit épanché de » manière à représenter une hémorrhagie légère qui tombe dans le péritoine et s'accu- » mule dans le cul-de-sac recto-vaginal. C'est l'idée que me suggère la coexistence men- » tionnée plus haut, et que je soumets, messieurs, à votre appréciation. »

(2) Nélaton, *Leçons faites à l'hôpital des cliniques* (*Gazette des hôpitaux*, décembre 1851 et suiv.).

(3) Observation rapportée dans le mémoire précédent, page 208.

une lésion morbide. Il faut, en particulier, que la solution de continuité de l'ovaire soit liée à une altération du tissu de cet organe, semblable ou analogue à celle qui existait dans les observations de MM. Drecq et Puech (1), qui me paraissent être les deux seules observations de rupture de l'ovaire dans lesquelles le point de départ ovarien de l'hémorrhagie intra-péritonéale soit incontestablement démontré.

Je ne nie point que dans certaines circonstances le produit physiologique d'un follicule de Graaff, ovule et exhalation sanguine qui accompagne la migration extra-ovarienne de celui-ci, ne puisse, par suite du défaut de coaptation de la trompe à l'ovaire, tomber dans le péritoine au lieu d'être reçu par ce pavillon, et constituer alors une tumeur sanguine d'un très petit volume. Mais l'existence plus ou moins rare d'épanchements de cette espèce dont quelques-uns, mais quelques-uns seulement, méritent légitimement le nom d'ovulation extra-utérine que M. Gallard leur a donné (2), n'autorise pas à imposer cette interprétation à toutes les hématocèles et à présenter l'ovulation extra-utérine comme une théorie générale de la genèse de cette affection. Il suffit au contraire, pour séparer des autres espèces d'hématocèles la tumeur sanguine qui résulte de cette sorte de faux pas de la trompe ou de l'ovaire (suivant qu'on admet que c'est l'un ou l'autre de ces deux organes qui se rapproche de l'autre pendant le travail menstruel), de signaler les caractères qu'elle présente. On voit en effet ces hématocèles en miniature, qu'on rencontre accidentellement dans des autopsies de jeunes femmes enlevées par des maladies aiguës, ne pas dépasser quelques grammes dans les conditions physiologiques normales de l'ovulation, et n'avoir été indiquées pendant la vie par aucun signe ou par des symptômes tout à fait insignifiants, de telle sorte qu'elles semblent à peine mériter d'être rangées dans les faits pathologiques. Aussi ai-je cru pouvoir, à cause de l'exiguïté de ces collections sanguines, entourées d'un petit sac pseudo-membraneux, qu'on voit appendues par un filament plus ou moins long à l'ovaire ou à une des franges du pavillon, et à cause du peu de retentissement sur l'économie de cette migration accidentelle d'un ovule non fécondé dans le péritoine,

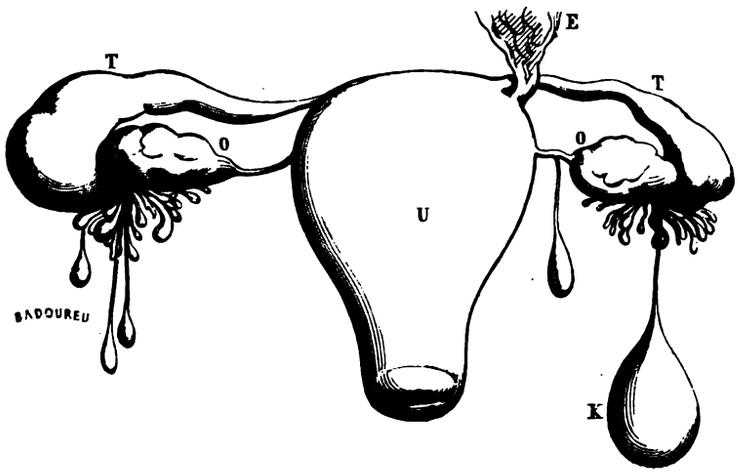
(1) Voyez obs. VII, p. 394, et obs. IX, p. 399.
(2) Gallard, *Bulletins de la Société anatomique*, loc. cit.

me borner à l'indication succincte que je viens de donner de ces ovulations extra-utérines. J'ajouterai seulement qu'on peut attribuer à la transformation de ces caillots ovulaires quelques-uns de ces petits kystes séreux flottants dans le péritoine au bout d'un long et grêle pédicule ovarien, qui ont été, conjointement à des kystes des corps de Rosenmuller, représentés par Ruysch à la suite de l'observation, que j'ai transcrite en note (1) avec la planche qui l'accompagne.

---

(1) Obs. de Ruysch, *loc. cit.*, obs. LXXXIII, édit. d'Amsterdam, 1691. — *Sterilitas e tubarum Fallopianarum clausura.*

Sterilitatis mulierum multæ inveniuntur causæ, inter quas tubarum Fallopianarum clausura haud infirma est habenda. Hanc modo circa insertionem in uterum, alias in earum extremo observo. Si tot cadavera non secuissem, nunquam credidissem tubas Fallopianas seu oviductus tam frequenter in mulieribus esse clausos, quod sæpius à partu difficili (in quo non raro illæ partes levem inflammationem patiuntur) vel ab aliis ventris doloribus provenire expertus sum : et quod observatu dignum est, si in extremitatibus sint clausæ tubæ, ut plurimum eas arcte cum ovariis coalitas inveni, quod magis experientiam nostram, quoad causam, confirmat ; videmus enim sæpenumero, viscera postquam inflammationem conceperunt, ad se invicem contrahi et uniri. Præterea in hoc casu sæpissime tubas valde reperi extensas, præsertim circa earum extremitates, sicut vid. Fig. 68,



Réduction d'un tiers. — U, utérus. — O, ovaire. — T, trompe de Fallope. — K, kyste. — E, épiploon.

et in museo nostro unicuique demonstrare possum ; id quod Oculatissimus Anatomicus Regnerus de Graaff semel quoque observavit, ut patet in tractatu *De Mulierum organis generationi inservientibus*, pagin. mihi 256. Crediderim hanc præternaturalem extensionem fieri ob occæcatione tubæ, et humoribus et flatibus ex uteri cavitate (eo tempore cum os uteri nimis arcte clausum est) exitum quærentibus, quod facilius erit annuendum si subsequentes legantur observationes.

Je n'ai pas à rappeler ici la théorie de Ruysch, indiquée dans la dernière phrase de cette observation, je l'ai longuement développée dans le mémoire précédent; et j'ai encore moins à comparer cette théorie, incontestablement la plus considérable de toutes au point de vue historique, mais qui n'est pas plus apte qu'aucune autre à expliquer la formation de toutes les hématocèles, aux différentes théories que j'ai dû indiquer en spécifiant les caractères qui sont nécessaires pour qu'on puisse considérer une déchirure de l'ovaire comme une lésion morbide. Libre désormais de toutes ces applications plus ou moins défectueuses à la pathologie de la grande découverte de l'ovulation, je puis reprendre l'étude des ruptures pathologiques du testicule féminin, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, doivent nécessairement avoir été précédées d'une lésion de nutrition, de date plus ou moins ancienne, pour que cet organe vienne à éclater tout à coup sous l'influence d'un raptus sanguin, et à déverser dans le péritoine un ou plusieurs litres de sang, comme dans quelques-uns des faits précédents. Bien que ces observations soient peu nombreuses, cependant le travail de disgrégation ovarien antécédent à l'hématocèle ne paraît pas avoir été le même dans tous les cas. Ainsi l'observation, malheureusement très incomplète de M. Luton (1), semble indiquer que la rupture de l'ovaire a été déterminée dans ce fait par un travail inflammatoire; tandis que dans les autres elle paraît avoir été préparée par des altérations de texture plus ou moins liées à la perversion de la fonction ovulaire elle-même. Mais nous trouvons même encore entre ces derniers faits d'assez notables différences. Ainsi, tandis qu'il est impossible de trouver dans le ramollissement indéterminé, décrit dans l'observation de M. Drecq (2), aucun vestige des hémorrhagies vésiculaires anormales décrites par M. Robin (3), on peut au contraire supposer avec quelques raisons que cette sorte de lésion a préexisté à la rupture de l'ovaire dans l'observation de M. Puech (4). Je n'insisterai pas sur ce point de l'étiologie, parce qu'il est nécessaire, pour que ces hémorrhagies vésiculaires anormales acquièrent droit de cité en pathologie, qu'on ait déterminé par des recherches

(1) Obs. VIII, p. 397.
(2) Obs. VII, p. 394.
(3) Robin, *Société de biologie* (*Gazette médicale de Paris*, 1857).
(4) Obs. IX. p. 399.

cliniques quels sont les troubles de l'ovulation qui donnent lieu à ces sortes de môles ovariennes, et dans quelles conditions diathésiques ou accidentelles l'ovaire se crible, en dehors des époques menstruelles, d'anfractuosités vicieuses qui tendent à le faire éclater au moindre raptus pathologique.

L'époque à laquelle survient cette rupture, comme je l'ai indiqué en faisant l'analyse des quelques observations que j'ai réunies, ne correspond pas nécessairement à celle de la menstruation, et ce défaut de corrélation peut être invoqué comme élément pour le diagnostic de cette espèce d'hématocèle, dont j'ai à reprendre l'exposition que la nécessité de mentionner les différentes théories ovulaires m'a forcé d'interrompre. Ce défaut de corrélation exacte peut, ainsi que je l'ai dit, rapproché de l'absence d'accidents dysménorrhéiques aux époques menstruelles précédentes, servir à distinguer les hématocèles par rupture de l'ovaire de celles qui sont la conséquence d'un vice de l'excrétion, qui ont de commun, les unes et les autres, de ne pas s'accompagner d'un flux sanguin extérieur pendant la première période de l'épanchement hématique. L'absence constante de ce dernier symptôme dans les observations qui, seules jusqu'à présent, peuvent être considérées comme des exemples de rupture pathologique de l'ovaire, tandis que ce symptôme forme le caractère propre des hématocèles que j'ai, pour cette raison même, appelées métrorrhagiques, constituerait entre ces deux espèces un élément différentiel très important, si l'on ne devait tenir compte de l'observation de M. Prost (1), si défectueuse qu'elle soit. L'existence de cette observation rend nécessaire, pour que cet élément différentiel acquière de la valeur, qu'on tienne compte des symptômes qui ont préexisté à l'hémorrhagie intra-pelvienne : ainsi, qu'on tienne compte que les hématocèles qui sont symptomatiques d'une apoplexie de l'ovaire succèdent à un travail pathologique lent, de nature indéterminée, que rien ne révèle pendant la vie, tandis que les hématocèles métrorrhagiques se produisent pendant le cours de maladies qui sont susceptibles de donner lieu à des pertes dont l'existence antécédente vient puissamment en aide au diagnostic. Enfin je dois signaler comme élément, et comme élément très important de diagnostic, la différence que présente l'ensemble symptomatique

(1) Voyez l'observation rapportée en note, p. 388.

qui se manifeste immédiatement après la rupture de l'ovaire, comparé à celui qui traduit l'irruption du sang menstruel dans le péritoine, ou que cette migration soit le fait d'un vice de l'excrétion, au contraire qu'elle soit le résultat d'une exagération de l'exhalation sanguine mensuelle. Je devrai insister sur cette différence symptomatique que nous retrouverons semblable dans toute rupture, soit d'une veine, soit d'une trompe, soit d'un kyste fœtal, qui légitime la distinction que M. Trousseau (1) a établie entre les hémorrhagies intra-pelviennes, et par cela même la dénomination d'hématocèles cataméniales qu'il a donnée aux épanchements sanguins rétro-utérins qui constituent nos quatrième et cinquième espèces.

L'ensemble symptomatique qui a succédé à la rupture de l'ovaire, dans les différentes observations que j'ai rapportées, comprend, comme je l'ai indiqué, deux ordres de symptômes dépendants, les uns de l'inflammation péritonéale que la présence anormale du sang dans la séreuse fait naître immédiatement, les autres de l'hémorrhagie pour ainsi dire traumatique à laquelle donne lieu la solution de continuité de la coque fibreuse ovarienne. Je ne rappellerai pas les symptômes propres à la péritonite hémorrhagique, je les ai assez longuement exposés dans le mémoire précédent pour pouvoir y renvoyer (2). Mais j'ai à apprécier la valeur du second groupe de symptômes qui se trouve conjoint, dans les observations de rupture de l'ovaire, à ceux de la péritonite hémorrhagique, tandis qu'il n'est indiqué dans aucune des observations d'hémorrhagies intra-pelviennes symptomatiques, soit d'un vice d'excrétion, soit d'une hypersécrétion sanguine, même dans celles qui ont été le plus rapidement mortelles, qu'elles soient miennes ou d'un auteur quelconque.

J'ai donc, à cause de cette dissemblance, à essayer de déterminer si la pâleur blafarde de toute l'enveloppe cutanée, les défaillances successives, les syncopes, la prostration profonde, etc., enfin le groupe de symptômes qui a été donné comme l'ensemble caractéristique des hémorrhagies internes en général, et qui se trouve indiqué dans les observations de rupture de l'ovaire, tenaient dans ces cas à l'abondance de l'hémorrhagie, ou à ce que cette perte de

(1) Trousseau, *loc. cit.*

(2) Voyez le mémoire précédent, p. 193 et suiv.

sang, fournie par une solution de continuité pathologique, est alors pour ainsi dire traumatique, et donne lieu pour cette raison à des accidents analogues à ceux des plaies pénétrantes de l'abdomen qui ont servi de type à la description des hémorrhagies internes. Je ne m'arrêterai pas à démontrer que la dissemblance de la symptomatologie ne peut être attribuée à la quantité de l'épanchement sanguin ; il suffit de se reporter aux observations de péritonites hémorrhagiques qui ont suivi malheureusement des opérations destinées à obvier à des imperforations congénitales (1), ou qui, dans ces circonstances, se sont produites spontanément (2), pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard. Entre ces faits et ceux de rupture de l'ovaire, il existe, il est vrai, une différence sur laquelle j'ai insisté, et qui peut expliquer la dissemblance symptomatique des épanchements sanguins intra-pelviens qui nous occupe. Elle consiste en ce que le sang qui dans les rétentions menstruelles émigre dans le péritoine, est le produit accumulé de la sécrétion restée normale, par conséquent ne constitue pas, à proprement parler, une perte, et ne peut ainsi donner lieu aux symptômes des hémorrhagies proprement dites, dans lesquelles il y a une soustraction considérable de sang, à laquelle on peut ou l'on doit attribuer le retentissement violent sur l'économie qui se produit après les ruptures. J'accepte d'autant plus volontiers cette raison, qu'elle peut expliquer l'aspect si différent que présentent les malades affectées d'hématocèles symptomatiques d'un vice d'excrétion, et celles qui sont affectées d'hématocèles métrorrhagiques, dont la teinte cachectique a frappé tous les observateurs, à cause de son analogie avec celle qu'offrent les femmes en proie à un cancer utérin.

Mais cette raison ne peut justement rendre compte de l'absence, dans ces hématocèles métrorrhagiques, des symptômes caractéristiques des hémorrhagies internes, qu'on ne trouve cependant indiqués dans aucune observation de cette espèce, même dans celles qui ont été presque aussi rapidement mortelles que les ruptures de l'ovaire, et dont l'épanchement a été presque aussi abondant que dans celles-ci. Je n'oserais attribuer avec quelque certitude cette différence à ce que la soustraction du sang, qui a lieu dans les unes

(1) Obs. II du mémoire précédent, p. 34 ; obs. III, p. 35 ; obs. IV, p. 41 ; obs. V, p. 54 ; obs. VI, p. 55 ; obs. VIII, p. 59.

(2) Obs. VII du mémoire précédent, p. 57.

par rupture, dans les autres par exhalation de la muqueuse, se fait plus rapidement dans les unes que dans les autres; je dirai cependant que cette explication est la seule qui me paraisse offrir quelques probabilités. Mais peu importe que la cause de cette différence reste indéterminée; l'ensemble symptomatique donné comme signe des hémorrhagies internes en général, par le fait qu'il ne se présente pas dans les hématocèles cataméniales, tandis qu'il se manifeste dans les hémorrhagies intra-pelviennes produites par une solution de continuité d'un des organes génitaux, lorsque toutefois elles sont abondantes, semble pouvoir servir de signe distinctif commun aux hématocèles par rupture. J'ai dû indiquer qu'il faut, pour que les signes de l'hémorrhagie interne se présentent, que l'hémorrhagie par rupture soit abondante et se produise rapidement abondante, parce que trois observations (l'observation de rupture d'un anévrysme de l'artère iliaque, rapportée par M. Tilt (1); l'observation III (2), qui nous a paru être un exemple d'hématocèle symptomatique d'une rupture veineuse terminée par la guérison; enfin l'observation de M. Switzer, transcrite page 416) font exception à toutes les autres par leur symptomatologie. Elles ne contiennent ni l'une ni l'autre l'indication de la perturbation violente qui a été causée par l'hémorrhagie dans les observations de rupture, dans lesquelles l'épanchement sanguin était très considérable et s'est effectué dans un temps très court. Cette exception semble tenir, dans les trois observations que je viens d'indiquer, à ce que dans celles-ci, en particulier dans celle de M. Tilt, l'épanchement sanguin s'est produit ou a paru se produire lentement. Mais malgré la restriction qui résulte de ces faits, qui enlève une partie de sa valeur diagnostique à l'existence ou à l'absence des signes attribués aux hémorrhagies internes en général, la recherche de ces signes n'en conserve pas moins une grande importance dans les péritonites hémorrhagiques, car si l'absence de ces signes ne permet aucune conclusion, leur existence autorise au contraire à affirmer, avec une sorte de certitude, qu'il existe une rupture intra-abdominale dont il reste alors seulement à déterminer le siége.

Je n'ai pas à énumérer les divers éléments de diagnostic tirés des commémoratifs, du début particulier des accidents, du siége de la douleur, de son summum d'intensité localisé dans la partie infé-

(1) Obs. de M. Tilt, rapportée en note, p. 355.
(2) Voyez obs. III, p. 368.

rieure de l'abdomen, des progrès ascendants qu'elle peut offrir; enfin des caractères des troubles fonctionnels concomitants, qui peuvent faire distinguer une péritonite par perforation d'une péritonite hémorrhagique, et faire croire que les organes génitaux en ont été le point de départ plutôt que tout autre organe, parce que cela m'entraînerait dans des longueurs inutiles à ceux pour lesquels j'écris. Ce premier point déterminé, il faut procéder par exclusion, quoique ce mode de diagnostic ne donne jamais que des probabilités plus ou moins douteuses, pour tâcher d'établir, mais sous toute réserve de chances d'erreurs très faciles, si la rupture a pour siége une varice utéro-ovarienne, un kyste fœtal, enfin la trompe ou l'ovaire; je n'indique pas l'utérus, parce qu'il ne peut être question de rupture de cet organe sans une lésion antécédente, qui est, en général, très facile à caractériser.

Il me semble permis d'écarter l'idée de la rupture d'une varice utéro-ovarienne, mais sans toutefois qu'on puisse être affirmatif, lorsque, antérieurement à l'accident pathologique, il n'existait aucun signe de stase veineuse des membres inférieurs, et en particulier des organes génitaux. Ainsi lorsqu'on ne peut constater aucune varice extérieure, et spécialement aucune varice des parties génitales externes, dont on doit rechercher avec soin l'existence actuelle ou passée plus ou moins marquée; aucune sensation de pesanteur pelvienne, augmentant vers chaque époque menstruelle, après une station debout, qui puisse faire soupçonner l'existence, antécédente à la rupture, d'une distension des veines des ligaments larges, on est en quelque sorte autorisé à assurer que l'hématocèle n'est pas symptomatique de la rupture de varices utéro-ovariennes. Mais ce diagnostic est beaucoup moins important que celui qu'il faut poser entre les ruptures non puerpérales de l'ovaire et les hémorrhagies intra-pelviennes symptomatiques d'une grossesse extra-utérine, qui sont loin d'être aussi rares qu'on le pense généralement. Ce diagnostic repose sur des éléments assez nombreux, comme nous le verrons dans le mémoire suivant qui sera consacré à l'étude de cette espèce d'hémorrhagies intra-pelviennes, pour qu'on ne soit plus en droit aujourd'hui de le déclarer impossible; mais il exige pour être tracé une connaissance assez complète des grossesses extra-utérines, et ne peut par conséquent être placé ici. Il ne me resterait plus dès lors qu'à chercher à distinguer les hémorrhagies symptomatiques de la rupture

de l'ovaire de celles qui proviennent d'une solution de continuité pathologique de la trompe ; je n'essayerai pas de le faire, parce que ce diagnostic différentiel est et sera sans doute toujours impossible. Cette raison, mais surtout les analogies nombreuses de ces deux sortes d'hémorrhagies, qui sont précédées toutes deux par un travail pathologique d'une durée plus ou moins longue, qui ont comme points de départ deux organes contigus, appartenant tous deux à un même appareil fonctionnel, et dont toutes les affections ont une symptomatologie presque identique, m'ont empêché de séparer l'une de l'autre les hématocèles symptomatiques de rupture de l'ovaire ou de la trompe. Elles m'ont engagé au contraire à les considérer comme deux variétés d'un même groupe, à rapprocher, au lieu de disjoindre l'une de l'autre, deux variétés qui présentent des indications thérapeutiques semblables, que j'exposerai après avoir esquissé l'histoire de la rupture pathologique des trompes.

Cette espèce d'hématocèles a été indiquée, mais sans aucune idée de priorité, par M. Tilt (1), qui a rapporté à l'appui de son opinion une observation que j'ai dû placer en note (2), parce que, contrai-

(1) Tilt, *loc. cit.*, p. 258. Londres, 1853.

(2) Obs. de M. Switzer, extraite de l'ouvrage de M. Tilt, obs. LXXIII, p. 238.

Anne C. G..., âgée de trente-sept ans, robuste et active depuis son enfance, a nourri six enfants et aucun phénomène anormal n'a suivi ses accouchements. La naissance de son dernier enfant remontait à deux ans, et depuis cette époque sa menstruation a été régulière. Le 9 octobre 1844, M. Woldbye la trouva en proie à des douleurs lombaires qui de là s'irradiaient jusqu'au pubis. La région hypogastrique gauche était très tendue et très sensible à la pression. Le pouls était à 90, la langue sale et la tête douloureuse. Depuis quatre jours elle attendait ses règles ; les antispasmodiques furent inutilement administrés, des fomentations et des sangsues furent appliquées sans succès. Le jour suivant, le bas-ventre était tuméfié et trop douloureux pour supporter la moindre pression. La malade était anxieuse, fatiguée par des vomissements ; le pouls était monté à 130. Le traitement consista surtout en saignées, calomel et cataplasmes émollients. Après qu'elle eut pris vingt grains de calomel (un gramme), les symptômes s'amendèrent, cependant elle succomba le 20 octobre.

Autopsie faite le jour suivant. — Le péritoine qui recouvrait l'utérus et les intestins était très vivement injecté de sang et présentait plusieurs taches noires. Les intestins étaient noirs et très distendus. La muqueuse était épaissie en plusieurs points et couverte d'ulcérations. On trouvait un caillot de sang volumineux extravasé dans la région iliaque gauche ; il remplissait la cavité pelvienne, couvrait une partie du côlon descendant et englobait l'utérus. Le sang ayant été enlevé, on trouva l'utérus ayant son volume normal. L'ovaire, la trompe de Fallope et les ligaments ronds de l'utérus à droite étaient normaux. La moitié gauche de l'utérus ainsi que les parties qui s'y attachaient étaient plus larges et plus distendus que du côté droit, et l'ovaire et la trompe de Fallope étaient plus bas qu'à droite. Cet ovaire était moins volumineux que l'autre. Le ligament rond

rement à l'interprétation qu'il lui a donnée, elle m'a paru, comme du reste elle avait semblé à son auteur, M. le professeur Switzer, être un exemple de rupture d'une grossesse tubaire. Depuis, cette espèce a été étudiée en France tout particulièrement par M. Puech (1), dont j'ai si souvent mis le travail à contribution, que j'éprouve un véritable regret d'être obligé de dire ici qu'il n'a aucun droit à la découverte des hémorrhagies tubaires dont il a voulu s'arroger l'honneur. Mais je dois, avant de donner les indications bibliographiques qui ont rapport à cette question historique, m'occuper des six observations de rupture de la trompe que M. Puech a rassemblées pour son étude. Une seule, que je vais rapporter, peut, je dois le dire tout de suite, être considérée avec quelque certitude comme un exemple de rupture spontanée de la trompe ; les autres ne semblent pas mériter cette interprétation, lorsque surtout on se donne la peine, comme je l'ai fait, de remonter aux observations originales, qui sont beaucoup plus explicites que les extraits que M. Puech a rapportés.

OBSERVATION X (2). — *Flueurs blanches, coliques utérines, métrorrhagies antécédentes. — Sans cause appréciable, apparition, quelques jours après une perte assez abondante, des symptômes habituels des hémorrhagies intra-abdominales.— Mort vingt heures après le début des accidents. — Épanchement sanguin intra-pelvien considérable. — Augmentation de volume de la trompe droite, qui dans toute son étendue offre le volume d'un doigt médius assez fort. — Hypertrophie considérable de ses parois. — Caillot sanguin limité à une partie de la trompe, qui en ce point est ramollie et offre là une déchirure transversale déchiquetée, frangée, de* 0,015 *sur* 0,001, *située à un centimètre de l'extrémité terminale du pavillon.*

Une femme, âgée de trente-six ans, qui avait été réglée à quinze ans,

était normal. La trompe de Fallope, à la partie moyenne, avait le volume d'une noix. A la suite de recherches minutieuses pour découvrir l'origine de cette hémorrhagie, on trouva une rupture de la trompe de Fallope gauche. Un stylet introduit par le pavillon passa dans le caillot qui remplissait la partie dilatée de la trompe et qui avait dans sa partie centrale une cavité, mais il ne put traverser la trompe au niveau de l'angle de l'utérus. En poussant l'examen plus loin, on divisa l'utérus longitudinalement : la muqueuse utérine et l'arbre de vie furent trouvés sains dans toute leur étendue ; une couche de lymphe plastique, environ de l'épaisseur de la plèvre, couvrait la cavité.

« Dans ses remarques, le savant professeur insiste pour prouver que c'était un cas de » grossesse de la trompe ; mais l'existence d'une cavité (dit M. Tilt) dans la masse san- » guine, trouvée dans l'oviducte, ne prouve pas plus que c'était un produit de conception » que de semblables cavités trouvées dans les polypes du cœur ou des artères ne prouve- » raient également que ce sont des produits de conception. »

(1) Puech, *loc. cit.*, p. 55. Montpellier, 1858.

(2) Pauli, *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 155.

l'avait toujours été assez irrégulièrement, avait eu des fluetrs blanches habituelles, quelques métrorrhagies assez rares, mais dont une assez abondante quelques jours auparavant, sortit le 13 septembre 1846 avec son fils unique, âgé de deux ans, pour aller voir danser en plein air. Là, quoiqu'elle n'eût pas dansé et qu'elle se fût assise à diverses reprises pour se reposer, elle ressentit tout à coup une sorte de colique dans le bas-ventre avec un sentiment de défaillance qui la fit tout de suite rentrer chez elle. Arrivée à son domicile, elle ne se sentit pas disposée à manger, et se contenta de prendre un peu de pain, quelques noix et deux ou trois figues vertes ; puis se sentant de plus en plus défaillir, elle se mit au lit. Les douleurs abdominales et le refroidissement des extrémités, accompagnés de vomissements de matières alimentaires d'abord, puis glaireux et bilieux, ne firent que croître dans la soirée. Le mari, inquiet, voulut, vers onze heures de la nuit, appeler un médecin, mais sa femme s'y refusa, disant qu'elle était habituée à avoir ainsi de temps en temps de ces coliques, et que probablement cela se passerait tout seul avec une tisane de tilleul qu'on lui fit prendre avec un peu d'eau de fleurs d'oranger.

Mais les symptômes, loin de s'amender, devenant de plus en plus alarmants, la malade ayant des syncopes souvent renouvelées, le mari, sans consulter alors sa femme, fit venir, à une heure du matin, un officier de santé, qui, très embarrassé en présence des accidents qu'il observait, prescrivit des émollients et une potion éthérée et opiacée. Au point du jour, les symptômes n'ayant pas l'air de s'aggraver, et la malade, tout en s'affaissant de plus en plus presque sans se plaindre, ne manifestant point le désir de revoir le médecin, celui-ci s'en alla. Il revint vers midi et demi ; la malade, sans avoir eu aucune agonie, venait d'expirer après quelques légères convulsions.

Cette mort, survenue vingt heures après le début des accidents, fit croire à un empoisonnement, et trois médecins, parmi lesquels le docteur Pauli, narrateur du fait, furent commis à l'autopsie, qui, par suite d'opposition, eut lieu assez tardivement.

Le cadavre qui, la veille, n'offrait aucune trace de congestion vers la tête, avait alors la face un peu bouffie et cyanosée ; un sang rouge écumeux s'échappait par la bouche et les narines ; le corps avait presque sa souplesse ordinaire, tant la roideur cadavérique était peu marquée, et la peau avait encore conservé un reste de chaleur très sensible. Embonpoint ordinaire, corps bien proportionné ; les parois du ventre sont violacées et jaune verdâtre, indiquant un commencement de putréfaction ; ventre distendu par des gaz.

Nous fîmes une incision en forme de poire sur l'abdomen, dont toute la paroi antérieure fut relevée et renversée sur la face. Cela fait, nous commençâmes nos explorations d'organes, qui furent vaines jusqu'à ce que nous fûmes arrivés au bas-ventre ; tous les organes placés plus haut étaient sains et sans aucune lésion, sans exception, à moins qu'on ne considère comme telle un

peu de sang en caillot dans le ventricule droit du cœur, et l'absence presque complète de sang dans les vaisseaux tant veineux qu'artériels. Là, indépendamment d'une forte injection sanguine d'une portion de l'iléon, du côlon ascendant et descendant, et du péritoine tant pariétal que viscéral et du mésentère, nous trouvâmes dans les deux bassins, et surtout dans le petit, un vaste amas de sang noir en partie liquide, en partie en caillots. Dès lors plus de doute que nous avions affaire à une hémorrhagie ; mais d'où venait-elle ? Après avoir successivement examiné, et scrupuleusement examiné les principaux vaisseaux abdominaux, tant artériels que veineux, n'y trouvant rien, nous finîmes par examiner de plus près la matrice, et c'est là que nous trouvâmes le corps du délit. En effet, à la partie antérieure et à environ 0,01 au plus de l'extrémité terminale de la trompe droite, nous trouvâmes une déchirure transversale, déchiquetée et frangée d'environ 0,015 d'étendue, avec une séparation des bords d'environ 0,001, et infiltration sanguine totale des parties environnant la solution de continuité.

Assurés à peu près dès lors que l'hémorrhagie ne pouvait venir que de cette source, nous détachâmes l'utérus et ses annexes pour procéder à son examen minutieux. L'utérus avait à peu près 0,07 de longueur sur 0,04 à 0,05 dans son plus grand diamètre ; la trompe droite, siége de l'hémorrhagie par rupture spontanée, pouvait avoir entre 0,04 à 0,05 de long sur environ 0,02 de diamètre, ressemblant assez, sauf la longueur, à un doigt médius assez fort, tandis que la trompe gauche n'avait que le volume d'une plume d'oie ordinaire, et pas plus de 0,04 environ d'étendue. Ayant fendu d'abord l'utérus du fond au col, nous avons remarqué qu'il était tout à fait à l'état de vacuité ; il y avait une hypertrophie considérable de ses parois qui pouvait avoir d'épaisseur à peu près 0,01 partout, et plutôt plus que moins en descendant vers le museau de tanche. A l'intérieur, la membrane muqueuse était généralement tomenteuse, ramollie et tombant en putrilage sous le manche du scalpel, le tout tapissé et recouvert par une couche de 0,001 à peu près d'un pus assez épais, blanc grisâtre, çà et là légèrement sanguinolent ou mélangé de mucosités presque transparentes. Le reste de l'organe, à mesure qu'on approchait de la surface externe, devenait moins grisâtre, plus jaunâtre pour passer à un blanc piqueté, plus dense, criant sous le scalpel, plus résistant, mais cependant se laissant encore assez facilement déchirer ; le col de la matrice était un peu plus hypertrophié, avec quelques déchirures cicatrisées. Ayant fait une incision oblique sur la première incision pour diviser dans toute sa longueur la trompe malade et démesurément hypertrophiée, *à l'endroit de la déchirure*, nous avons trouvé intérieurement du sang noir en caillot sur une base en putrilage, les bords de la déchirure ayant tout au plus, si ce n'est moins, 0,001 d'épaisseur.

J'ai transcrit littéralement de l'observation originale toute l'autopsie, et certainement, comme c'est mon habitude, j'aurais fait de même, au risque d'être long, pour les accidents éprouvés pendant la vie, s'ils n'eussent été noyés dans des réflexions tout à fait inutiles à notre sujet. J'ai conservé autant qu'il m'a été possible avec ces coupures le texte original, parce que j'ai besoin de commenter cette observation, qui est assez exceptionnelle pour que mes lectures ne m'en aient point fait connaître de semblable, et pour que M. Puech n'ait pas été plus heureux que moi, puisque, faute de mieux, il en a rapproché cinq observations qu'on ne peut guère considérer comme analogues de celles-ci (1), car trois d'entre elles, et les seules dont il

---

(1) Des cinq observations rapprochées par M. Puech :

L'une (rapportée par Puech, obs. XIV, p. 59, extrait de l'obs. de M. Reiffleck, *Gazette médicale de Paris*, 1852, p. 361) est bien certainement, d'après l'observation originale, un exemple de rupture, non de la trompe, mais de l'utérus tout infarci de productions organiques ; je n'ai pas à m'en occuper.

Une autre (obs. XVIII, p. 65, extraite de Baudelocque, *Hémorrhagies internes de l'utérus*) est un exemple de rupture de la trompe survenue pendant le travail de la parturition ; elle n'a par conséquent aucun rapport avec mon sujet.

Une troisième (obs. XII, p. 55, de quelques lignes seulement, de James Russel, transcrite de l'*Union médicale*, 1848, p. 589) paraît, autant qu'on en peut juger, un exemple de rupture de la trompe survenue pendant le cours d'une grossesse tubaire ; elle est trop incomplète pour que j'aie pensé à la rapporter.

Les deux dernières que je vais transcrire, mais d'après les observations originales, et non d'après les extraits de M. Puech, me paraissent également être des cas de rupture de grossesse tubaire. Je les ai rapportées pour que chacun puisse juger en connaissance de cause et interpréter sciemment ces deux faits très douteux.

Obs. de M. Royer (de Joinville), communiquée à l'Académie de médecine par M. Velpeau, séance du 2 octobre 1853, reproduite en extrait (Puech, *loc. cit.*, obs. XIII, p. 55).

La nommée Jacquemin (de Jouaime-ès-Joinville), âgée de trente-neuf ans, mère de quatre enfants, dont le dernier a neuf ans, s'est toujours assez bien portée et a été bien réglée. Le 9 octobre 1848, époque de la menstruation, les règles se montrent, et durent deux jours de plus qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire pendant huit jours au lieu de six ; elles furent beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire, et suivies d'une assez grande faiblesse, de quelques douleurs abdominales et d'un malaise. Le 23, étant dans une maison voisine, sans cause appréciable, le malaise augmenta, elle faillit avoir une faiblesse. Le 24, elle était à ses occupations ordinaires ; le 25 également, lorsque quelque temps après avoir pris son café, elle ressentit tout à coup et sans cause appréciable de fortes douleurs abdominales ; elle appela à son secours et n'eut que le temps de se mettre au lit ; elle était pâle, froide, puis il survint des vomissements. On essaya de la réchauffer ; les douleurs se calmèrent, mais dix minutes après elles reparurent avec plus de force, la pâleur et le refroidissement se montrèrent de nouveau. C'est alors, dit M. Royer, qu'on me fit appeler : je m'empressai de venir de Joinville. A mon arrivée, je trouvai cette femme mourante. Le pouls était à peine sensible, la face d'une pâleur extrême, le corps refroidi ; le

puisse être question ici, paraissent être des exemples de rupture de la trompe survenue pendant le cours de grossesses tubaires. L'observation que je viens de rapporter me semble au contraire, par un assez grand nombre de circonstances pathologiques que je vais exposer, mériter une tout autre interprétation que celle que je donne, et que tous ceux qui se sont occupés du sujet ont donnée aux trois

---

ventre, dur et tendu, rendait un son mat à la percussion et était le siége de violentes douleurs. La malade était agitée et ne pouvait rester en place; elle disait qu'il lui fallait de l'air; elle avait des nausées et des vomissements; la respiration, quoique libre, devint lente, les battements du cœur se faisaient à peine sentir, et la mort survint dix minutes après mon arrivée. On pouvait soupçonner que les accidents étaient dus à un empoisonnement, à une perforation intestinale ou à la rupture d'un vaisseau. Je demandai et j'obtins du mari de faire l'autopsie.

L'*autopsie* fut faite quarante heures après la mort. Décoloration de tout le corps, même dans sa partie déclive ou dorsale, qui est ordinairement si colorée. L'abdomen, très tendu et sonore, contient à peu près deux litres et demi de sang noir, liquide, mélangé de caillots abondants; ce sang, répandu dans toute la cavité, entre les anses intestinales, occupe surtout le petit bassin.

En faisant des recherches sur la source de ce sang, je fus fort surpris de voir qu'il était sorti par une rupture de la trompe gauche, dans l'ouverture de laquelle se trouvait encore engagé un caillot de sang. Cette ouverture longitudinale, parallèle à l'axe de la trompe, est située à son bord supérieur, à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de ce canal; elle a 0,007 de longueur; ses bords, écartés, sont réguliers comme si la plaie eût été faite par un instrument tranchant. Cette trompe présente à son extrémité interne ou utérine, et dans l'étendue de 6 centimètres et demi de sa longueur, une dilatation anormale régulière que lui donne un diamètre de 0,02; le reste de l'étendue de cette trompe, à son extrémité libre, est normal, ainsi que le trajet qu'elle parcourt dans l'épaisseur de l'utérus. En incisant cette portion dilatée, on voit qu'elle est remplie de sang qui présente un commencement d'organisation : il est d'un rouge brun, assez dur; il a la forme du canal qui le renferme; on voit quelques fibres entrecroisées et plus résistantes le parcourir; on voit aussi des portions membraneuses très minces et comme repliées sur elles-mêmes. La partie de ce caillot qui correspond à la déchirure de la trompe est solide, dure comme tout le reste; elle est recouverte d'une membrane mince très facile à déchirer, de sorte que le sang de l'hémorrhagie a dû nécessairement s'écouler entre les parois de la trompe et le caillot qu'elle renfermait, et non traverser celui-ci. Enfin l'examen le plus attentif ne me fait rien découvrir d'assez bien organisé dans ce caillot pour me faire penser que son origine est due à un ovule arrêté dans cette portion de la trompe et à un commencement de grossesse tubaire. Les parois de la trompe dans la portion dilatée sont d'un rouge brun, très minces et formées de trois feuillets membraneux assez faciles à séparer et assez résistants pour se déchirer difficilement. A l'intérieur, examiné avec soin, je n'ai pu découvrir l'endroit où était le vaisseau ayant donné lieu à l'hémorrhagie; je n'ai pas vu de dilatation anormale de ces conduits sanguins, il eût fallu pour cela faire une injection qui n'a pu être faite.

L'utérus a 0,085 de hauteur, 0,06 de largeur et 0,04 d'épaisseur; on voit un grand nombre de granulations au col, qui offre une ouverture libre de 0,015 d'étendue. L'ayant ouvert par sa face antérieure, on voit dans son intérieur l'orifice béant de plusieurs vais-

observations rapportées par M. Puech, auxquelles je fais allusion. L'observation publiée par M. Pauli semble, lorsqu'on l'analyse attentivement comme je vais le faire, pouvoir être considérée comme un exemple de rupture de la trompe consécutive à une inflammation chronique de cet organe.

Je reconnais tout d'abord qu'il n'est pas permis d'invoquer, en faveur de l'opinion que je viens d'émettre, l'absence de constatation d'un fœtus ou d'une partie des membranes au milieu des caillots sanguins qui remplissaient le bassin; parce que si cette preuve directe est nécessaire pour établir d'une manière irréfragable l'existence d'une grossesse extra-utérine, l'absence de cette constatation, si difficile parfois, n'autorise point à nier d'une manière absolue

---

seaux ; la muqueuse est rose pâle, et les mucosités dont elle est enduite ne présentent pas trace de sang. La trompe droite et les ovaires sont aussi à l'état normal, seulement l'ovaire gauche est un peu plus gros que le droit. Tous les autres viscères abdominaux sont à l'état normal.

Obs. de Godelle, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 261, reproduite par M. Puech, obs. XVI, p. 63.

La femme R..., nourrice, vivait avec son mari dans un état habituel de mésintelligence. Il s'éleva entre eux, dans la soirée du 16 décembre 1820, époque correspondante au temps de la menstruation, une vive altercation, à la suite de laquelle elle se saisit d'une chaise et la lança avec effort. La nuit fut très orageuse, par suite des reproches d'infidélité que le mari faisait à sa femme. Le lendemain, à cinq heures du matin, R... part pour son ouvrage ; sa femme se met à faire du pain et quelques flans de prunes, dont elle mange avec ses enfants.

A onze heures du matin, elle est saisie de coliques violentes accompagnées de vomissements ; elle rend les aliments qu'elle avait pris. Les vomissements et les selles se succèdent avec une rapidité effrayante ; le ventre se gonfle, les douleurs redoublent. Elle est en proie à des anxiétés inexprimables ; elle a des sueurs froides, le hoquet, des syncopes, et expire au milieu d'horribles convulsions, sept heures après le début.

Le soupçon d'empoisonnement plane sur la tête de son mari, et l'exhumation est faite dix jours après la mort par MM. Godelle et Lacrosse.

La peau, d'une blancheur singulière, ne présentait pas la moindre ecchymose. L'abdomen, tuméfié, contenait plus de huit livres de sang ramassé en caillot dans l'hypogastre, pressant la matrice et la vessie et refoulant en haut la masse intestinale. La matrice était blanchâtre dans sa texture et tout à fait exsangue ; elle contenait environ une demi-once de mucosités et pas une goutte de sang.

La trompe de Fallope droite porte, tout près de son insertion utérine, une perforation oblongue, à bords irréguliers et comme frangés, qui pouvait avoir un pouce de circonférence ; cette ouverture était entourée d'une auréole rougeâtre d'environ trois lignes de rayon. Le reste du péritoine, examiné de nouveau avec la plus grande attention, n'a laissé apercevoir aucun point qui eût pu fournir la moindre quantité de sang. Cette membrane avait conservé dans toute son étendue la transparence qui lui est habituelle.

qu'il y ait eu une gestation anormale, lorsque surtout il n'est pas démontré qu'on a apporté à cette recherche toute la minutie désirable, et que les autres circonstances concordent pour le faire croire. Mais je puis invoquer, pour exclure une grossesse tubaire : la disposition présentée par le caillot sanguin trouvé dans la trompe; le ramollissement qu'offrait cet organe au niveau de ce caillot et dans toute la partie circonvoisine de la déchirure irrégulière dont il était le siége; enfin l'état pathologique de l'utérus, qui était si différent du développement physiologique qui existe dans les gestations extra-utérines. Ainsi le caillot sanguin contenu dans la trompe semble tout d'abord, à cause de son peu de volume, de sa délimitation exacte à la partie de la muqueuse tubaire ramollie, de l'absence de cavité dans son intérieur, dont l'existence se trouve au contraire indiquée dans le plus grand nombre des observations de gestation anormale, et en particulier dans celle de M. Switzer (1), ne pouvoir être considéré comme une partie du dépôt hématique qui forme ordinairement dans les grossesses tubaires une sorte de gangue au produit de conception. Cette opinion est confirmée par l'absence d'une organisation quelconque de ce caillot, et surtout d'adhérence à ce coagulum sanguin de productions membraneuses, signalées dans l'observation de M. Royer (2), qui empêchent de voir dans ce coagulum sanguin un placenta. Ce caillot d'ailleurs paraît, autant du moins qu'on peut en juger par la description malheureusement trop concise de cette observation, être de date récente, et s'être formé à l'époque ou peu de temps avant l'époque à laquelle ont débuté les accidents qui ont rapidement entraîné la mort : ce qui concorde parfaitement avec l'origine pathologique que paraissent devoir lui faire attribuer les lésions que présentait la trompe qui le contenait, et qui sont bien plus importantes pour la détermination de ce fait que le coagulum sanguin.

En effet, l'énorme augmentation de volume de la trompe, qui faisait ressembler cet organe à un doigt médius assez fort, et qui était constituée par un épaississement considérable des parois de ce conduit, sans dilatation ni oblitération, du moins notées, de sa cavité, est si différente de l'ampliation ampullaire, obturée à ses deux

(1) Voyez obs. de M. Switzer, rapportée en note, p. 417.
(2) Obs. de M. Royer, rapportée en note, p. 420.

extrémités et surtout à son extrémité utérine, qu'on observe dans les grossesses tubaires, que cette tuméfaction régulière de toute la trompe devrait presque éloigner l'idée d'une gestation anormale, alors même qu'on n'eût pas trouvé, coexistant à cette altération, des modifications de texture plus significatives encore que l'hypertrophie morbide. J'ai à signaler sous ce rapport : l'infiltration sanguine que les parois de cette trompe, uniformément épaissie, présentaient dans une assez grande étendue au pourtour de la rupture qu'elle avait subie; l'irrégularité des contours de cette déchirure frangée, béante de 0,001 ; le siége de cette solution de continuité, placée à 0,01 de l'extrémité terminale du pavillon, qui est si peu habituel dans les ruptures de grossesses extra-utérines; enfin le ramollissement que la muqueuse tubaire offrait dans la partie correspondante à l'infiltration sanguine des parois, et qui était tel, que cette portion de la membrane recouverte par le caillot était réduite en putrilage. Il me semble inutile de démontrer que ces altérations, parfaitement caractéristiques, établissent que cette trompe était le siége d'un travail inflammatoire d'ancienne date, qui avait préparé, sinon produit la perforation. L'énumération des diverses particularités anatomo-pathologiques que je viens de faire paraît donc mettre hors de contestation que la rupture de la trompe a eu pour cause, dans ce cas, un travail inflammatoire analogue à celui qui s'observe dans les dilatations des bronches, et que ce travail pathologique, soit sans circonstance adjuvante, soit à la suite d'une première exhalation sanguine effectuée dans la cavité tubaire, a déterminé la perforation de la trompe, que l'état morbide dont cet organe était le siége depuis longtemps avait rendue imminente. Je ne m'arrêterai pas à chercher si la trompe, antérieurement à sa rupture, avait été le siége d'une première exhalation sanguine, parce que la solution de cette question, soulevée par M. Puech (1) pour soutenir une idée préconçue, ne me semble avoir qu'un très médiocre intérêt comparativement à la démonstration de la possibilité de la rupture de l'oviducte dans l'état de vacuité, que je dois poursuivre. Je dois le faire, parce que la rupture de la trompe, et l'inflammation qui lui a donné lieu dans ce cas, pourraient, à cause du caractère exceptionnel de cette observation et de la difficulté de reconnaître même

(1) A. Puech, *loc. cit.*, p. 63.

anatomiquement une grossesse tubaire commençante, être interprétées d'une manière différente que je viens de le faire. Elles pourraient, malgré la différence des lésions constatées dans les grossesses tubaires et celles sur lesquelles je viens d'appeler l'attention, être attribuées l'une et l'autre à la présence dans l'oviducte d'un produit de conception qui aurait échappé aux investigations.

Mais il me reste, après les diverses circonstances pathologiques que je viens d'indiquer, à invoquer, pour exclure l'existence dans ce fait d'une gestation anormale, l'état morbide, assez longuement décrit dans cette observation, présenté par l'utérus et surtout par sa membrane muqueuse, qui ne rappelle en aucune façon le développement physiologique imprimé à la matrice dans presque tous les cas d'évolution d'un produit de conception dans une quelconque des annexes de cet organe, et à rapprocher ensuite ces altérations utérines des accidents éprouvés par la malade avant la rupture tubaire, qui sont différents des signes rationnels de la grossesse. Ainsi l'irrégularité de la légère augmentation de volume qu'offrait l'utérus, qui était moins marquée dans le fond qu'à la région cervico-utérine, le ramollissement de la partie interne du tissu utérin sous-jacent à la muqueuse altérée, et qui allait en diminuant à mesure qu'on approchait du péritoine, enfin le peu de vascularisation de cet utérus tuméfié, ne permettent pas de considérer cette augmentation de volume, qui présentait les caractères d'un engorgement inflammatoire, comme une hypertrophie physiologique, qui est surtout caractérisée par le développement considérable de tous ou de la moitié des vaisseaux utérins correspondants à la trompe gravide (1). On peut bien moins encore retrouver la description de la membrane caduque, qui revêt la cavité de la matrice pendant le cours des grossesses extra-utérines, dans l'esquisse que cette observation contient de l'état de la muqueuse utérine, qui était ramollie et recouverte d'une couche de pus de 0,001 d'épaisseur. Cette description paraît indiquer que cette membrane était le siége d'un travail inflammatoire semblable à celui que présentait la trompe, qui coïncidait avec lui, et même sans doute, ne formait qu'une seule affection étendue par contiguïté de l'un à l'autre de ces deux organes. L'existence de cette inflammation catarrhale chronique de l'utérus et de la trompe, à laquelle on

(1) Switzer, *loc. cit.*

doit, suivant toute probabilité, attribuer la perforation de ce dernier organe, et consécutivement l'hémorrhagie intra-pelvienne qui en a été la conséquence, était du reste indiquée par un cortége symptomatique que je n'ai pas à rappeler, mais qui, bien qu'à peine tracé, suffit cependant pour démontrer la corrélation des accidents éprouvés pendant la vie et des lésions trouvées à l'autopsie. Cette malade n'a présenté en particulier aucun des signes rationnels de la grossesse qui existent au contraire dans les gestations anormales, qui existent même si souvent dans celles-ci, que nous verrons indiqué dans le plus grand nombre des observations rapportées dans le mémoire suivant, que les femmes affectées de grossesse extra-utérine, différant en cela de celle qui fait le sujet de l'observation précédente, se croyaient bien positivement enceintes, et souvent même ont conservé cette opinion malgré les dénégations des médecins qu'elles avaient consultés. Tout cet ensemble de circonstances me paraît établir que dans ce fait la rupture de la trompe, et l'hémorrhagie qui a été la conséquence de la solution de continuité de cet organe, comparable par sa structure anatomique au corps caverneux (1), n'ont pas reconnu pour cause une grossesse tubaire, ce qui est pour ainsi dire la règle, mais que cette rupture a été exceptionnellement déterminée par une inflammation catarrhale chronique, probablement étendue de l'utérus à la trompe. Il me paraît ainsi rendre sinon absolument certaine, au moins très probable, l'individualité des hématocèles symptomatiques d'une rupture pathologique de la trompe dont l'existence a été indiquée par M. Tilt (2), en s'appuyant, il est vrai, sur une observation qui, loin d'être probante, me paraît être un exemple de grossesse tubaire : mais peu importe, si le fait précédent peut paraître convaincant.

C'est assez m'arrêter à cette observation, que j'ai cru nécessaire de commenter longuement, non-seulement parce qu'elle est exceptionnelle, mais aussi parce qu'il m'a paru indispensable de signaler que, dans les faits de cette espèce, l'hémorrhagie n'est pas la conséquence d'une simple congestion de la trompe, mais le résultat d'un travail pathologique de longue durée, qui amène tardive-

(1) Haller, *Elementa physiologiæ*, t. VII, liv. 28, § 31, 2e édit. Lausanne, 1778. — Rouget, *loc. cit.*, *Journal de la physiologie de l'homme*.

(2) Tilt, *loc. cit.*

ment la rupture de l'oviducte, et donne lieu alors à l'épanchement dans le ventre du sang fourni par la solution de continuité de cet organe essentiellement vasculaire. J'ai dû insister sur ce fait pour signaler toute la différence qui existe entre les épanchements sanguins intra-pelviens symptomatiques d'une rupture de la trompe, et ceux auxquels peut donner lieu une hémorrhagie par exhalation de la membrane muqueuse de ce conduit qui, par son pavillon, est en libre communication avec le péritoine. Il y a si peu d'analogies entre ces deux ordres de faits, dont les uns s'accompagnent des signes de l'hémorrhagie interne, tandis que les autres ne les présentent point, qu'on est étonné que M. Puech ait pu invoquer des observations de rupture de l'oviducte, et surtout de l'oviducte contenant un produit de conception, pour démontrer l'existence des hémorrhagies tubaires diapédésiques. Je ne nie point l'existence de ces hémorrhagies tubaires par exhalation, et la possibilité de l'épanchement du produit de cette hémorrhagie dans le péritoine ; je crois, au contraire, qu'un certain nombre d'hématocèles ont cette étiologie, qui a été très nettement indiquée par M. Barlow dans les réflexions qui suivent son observation (1), très explicitement énoncée et discutée par M. Fenerly (2), plus longuement étudiée par M. Puech (3), et qui enfin a été très brillamment développée par M. le professeur Trousseau (4). Je veux seulement signaler qu'entre les faits de cette espèce et ceux dans lesquels l'épanchement sanguin reconnaît pour cause une rupture de la trompe, existe une différence telle, que ces faits, au lieu d'être réunis, doivent être séparés les uns des autres. Aussi ne m'occuperai-je pas ici des hématocèles par diapédèse tubaire ; elles seront étudiés concurremment aux autres variétés de l'espèce que j'ai désignée sous le nom d'hématocèles métrorrhagiques, dont on ne peut les distraire, parce qu'elles peuvent être symptomatiques d'une même maladie que les hématocèles par diapédèse utérine, et que dans cette espèce la localisation du siége de l'hémorrhagie dont le produit s'épanche dans le ventre n'a qu'une fort médiocre importance auprès de la détermination de l'état mor-

(1) Barlow, obs. publiée *Lancet*, vol. I, 1839-1840, p. 327, reproduite *The London and Edinburgh-monthly Journal*, 1841, p. 877, *Réflexions* 878 et 879.

(2) Fenerly, *Thèse citée*, 1855, p. 27 et suiv.

(3) A. Puech, *loc. cit.*, 1858, p. 47 et suiv.

(4) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 22 juillet 1858.

bide dont elle est un symptôme. Cette raison m'a fait placer dans un des chapitres suivants l'histoire de la variété des hématocèles par diapédèse tubaire, dans laquelle j'aurai à signaler alors ce que contenait de remarquable la leçon de M. Trousseau, et à faire ressortir que l'idée mère de cette leçon n'est pas aussi différente des opinions que je développe, qu'on pourrait le croire; mais ce n'est pas ici le lieu. Si j'indique ce fait, c'est que je dois, pour combattre la décevante préoccupation de trouver une théorie générale, impossible, de la genèse des hématocèles, signaler comme je l'ai fait dans chacun des chapitres précédents, qu'on ne peut avec plus de raison attribuer, avec M. Trousseau, le développement de toutes les hématocèles cataméniales à une exhalation sanguine de la trompe qu'à toute autre cause. Je dois même, à cause de la dissemblance qu'offrent les épanchements sanguins originaires de la trompe, mais résultant, les uns d'une rupture pathologique de cet organe, les autres d'une hypersécrétion sanguine de la muqueuse, faire remarquer combien il est arbitraire de généraliser l'étiologie de quelques faits particuliers à tous les cas d'une affection qui, comme l'hématocèle, n'est qu'un épiphénomène, se présente dans une foule de circonstances morbides diverses, offre dans chacune d'elles une symptomatologie différente, et qui enfin dans chacune d'elles peut avoir des indications thérapeutiques distinctes.

Je n'ai pas besoin de dire que l'imminence d'une péritonite ne peut suggérer l'indication d'émissions sanguines dans une hémorrhagie symptomatique d'une rupture de l'ovaire ou de la trompe, qui se révèle par des syncopes, des défaillances, et tout le cortége enfin d'une soustraction de sang trop rapidement considérable. Il y a contre-indication absolue, dans ce cas, d'ouvrir la veine qui, vide de sang, n'a pas heureusement, lorsqu'on l'a fait, donné plus d'écoulement qu'une saignée blanche, et également d'appliquer des sangsues, qui, moins cruelles que le médecin, tomberaient aussitôt prises, comme dans l'observation de M. Drecq (1), mais qui néanmoins auraient encore été nuisibles. L'indication est précise; il faut tâcher de suspendre l'hémorrhagie, d'empêcher à l'aide de stimulants diffusibles la vie de s'échapper, et ne s'occuper de la péritonite que subsidiairement, du moins dans les premiers jours. Pour remplir

(1) Drecq, obs. VII, p. 394.

la première indication, après avoir immobilisé la malade dans une position à peu près complétement horizontale, la tête seulement soutenue sur un petit traversin, et les membres inférieurs à peine relevés vers l'abdomen par un très mince oreiller, il est nécessaire de couvrir la partie inférieure du ventre d'une légère couche de glace pilée, ou, à défaut de glace, d'une compresse trempée dans l'eau la plus froide possible, pliée en un ou deux doubles seulement, qu'on renouvellera presque incessamment. En même temps qu'on a recours à ces applications réfrigérantes destinées à arrêter l'hémorrhagie, et aussi à suspendre ou enrayer le travail inflammatoire de la séreuse, il faut dans le même but, et pour combattre les syncopes successives auxquelles la malade est en proie, promener sur les membres supérieurs des sinapismes, et même, s'ils ne suffisent pas, déterminer à l'aide d'une compresse imbibée d'ammoniaque une large vésication des avant-bras. Enfin on devra, concurremment à ces derniers moyens, surtout efficaces par la douleur qu'ils déterminent, et qui, dans les cas d'affaissement extrême, est le dernier et le plus rapide des toniques, tâcher de faire cesser les vomissements, pour pouvoir à l'aide de préparations cordiales remplir au plus vite la seconde indication, c'est-à-dire relever les forces complétement défaillantes. Pour modérer la soif et suspendre les vomissements, on administrera de la glace, et de quart d'heure en quart d'heure, dans une cuillerée de potion éthérée, quelques gouttes de laudanum de Sydenham, de préférence à toute autre préparation opiacée, de manière à pouvoir faire supporter un peu de vin d'Espagne ou d'une potion cordiale d'abord, des bouillons froids ensuite, et soutenir le mieux possible la malade par des toniques que la crainte de renouveler l'hémorrhagie ou d'aggraver la péritonite ne peut contre-indiquer dans un moment où il faut avant tout empêcher une mort immédiate.

Si l'on a le bonheur de voir la malade survivre aux premiers accidents, c'est-à-dire à ceux de l'hémorrhagie, et au bout de vingt-quatre ou trente-six heures présenter les symptômes d'une péritonite généralisée, qui jusque-là n'avaient pas apparu ou avaient été masqués par ceux qui caractérisaient surtout la perte de sang, il faut alors se préoccuper de l'inflammation de la séreuse, qui présente dans cette circonstance des indications toutes spéciales, à cause de l'anémie profonde de la malade. Cette circonstance doit faire

continuer l'emploi des toniques malgré l'existence du travail inflammatoire, et empêcher pour longtemps de penser à l'emploi d'émissions sanguines, qui paraissent à certains médecins nécessairement indiquées dans toute péritonite. Pour combattre celle-ci, après avoir fait succéder pendant quelques heures à la glace pilée des compresses trempées dans de l'eau glacée d'abord, froide ensuite, de moins en moins souvent renouvelées dans les derniers moments, on aura recours à l'application successive d'immenses vésicatoires volants couvrant tout ou moitié de l'abdomen, qui, aussitôt levés, seront recouverts de cataplasmes de farine de graine de lin, à peine tièdes, et abondamment arrosés de laudanum. Cette médication révulsive et l'emploi à l'intérieur de toniques diffusibles et de l'opium administré par la bouche et en lavements jusqu'à léger narcotisme, seront continués tant que la péritonite présentera des symptômes d'acuité, qui peuvent indiquer à cette même période d'interposer à la surface vésiquée et aux cataplasmes une couche assez épaisse d'onguent napolitain. Une fois l'amendement obtenu, on se contentera de cataplasmes tièdes simples ou légèrement laudanisés, on prescrira un régime analeptique, et même quelques préparations ferrugineuses, pour pouvoir, au jour exact où la menstruation devra se produire, faire sur le col utérin une application de deux à quatre sangsues, qui sollicitera l'écoulement menstruel et la résorption de l'épanchement sanguin resté à peu près nulle jusque-là. Mais celui-ci peut tarder à se produire, et alors les hématocèles de cette espèce offrir les diverses terminaisons que j'ai longuement indiquées dans le mémoire précédent, en décrivant les épanchements sanguins intra-pelviens qui surviennent dans les rétentions menstruelles. Je suis entré, à propos de ceux-ci, dans de tels développements, que je puis me dispenser de revenir ici non-seulement sur la symptomatologie de ces tumeurs sanguines (1), mais sur les indications thérapeutiques qu'on peut avoir à remplir, dans chacun des modes de terminaison qu'elles peuvent présenter. Je le ferai d'autant moins, que les indications thérapeutiques sont à peu près analogues dans les dernières périodes de toutes les variétés d'hématocèles, qu'elles soient la conséquence de la rupture d'un des organes génitaux, ou au contraire d'un trouble de la fonction cataméniale : soit de l'excré-

(1) Voyez page 199 et suiv., et page 339 et suiv.

tion, soit de la sécrétion elle-même, qui constituent les deux dernières espèces dont il me reste à parler.

§ 4. — Hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion cataméniale.

Je ne ferai qu'indiquer cette espèce d'hématocèles, je renverrai pour sa description au mémoire précédent (1), dans lequel j'ai dû accumuler à satiété des observations non-seulement pour établir que le défaut d'excrétion menstruelle peut être cause d'épanchements sanguins intra-pelviens, mais aussi pour convaincre par la démonstration de la possibilité de cette éventualité, si exceptionnelle qu'elle soit, de l'importance pratique de l'étude des dysménorrhées. J'ai poursuivi mon but sans relever dans ce mémoire les critiques nombreuses, souvent fort peu mesurées, que des élèves se sont chargés dans leurs thèses de formuler contre l'opinion traditionnelle que j'avais développée dans mon mémoire de 1848. Je me suis contenté, pour toute réponse, de multiplier les observations et les indications bibliographiques : c'était le seul argument qu'il m'était permis d'opposer aux attaques d'étudiants plus ou moins obscurs, qui ne se doutaient point que leurs critiques ne s'adressaient pas seulement à moi, mais à une série tout entière de pathologistes éminents, médecins ou chirurgiens (2), qui, depuis Ruysch jusqu'à moi sans interruption, ont admis la possibilité du reflux du sang de l'utérus dans les trompes, et de celles-ci dans le péritoine. Je n'avais pas à faire plus; je n'avais pas en particulier à démontrer à des étudiants que cette opinion n'est en rien antiphysiologique, mais à les renvoyer à leurs classiques, qu'ils auraient dû mieux connaître, et dont je n'ai pas mission de leur épeler le contenu. Je ne croyais donc point avoir à revenir sur ce point ; je ne pensais pas, surtout, qu'un auteur aussi recommandable que M. Nonat m'y forcerait, en se rendant, depuis l'impression des mes seize premières feuilles, l'écho de la critique suivante (2) : « L'opinion de M. Bernutz est » trop en contradiction avec tous les enseignements de l'anatomie, » de la physiologie et de la saine observation, pour pouvoir soutenir

(1) Voyez page 186.
(2) Voyez la note des pages 24 et suiv.
(3) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 356. Paris, 1860.

» un sérieux examen. » On comprendra facilement que je ne puis rester sous le coup d'une inculpation aussi grave, lorsqu'elle est formulée par un médecin de l'autorité de M. Nonat, et que j'ai besoin d'établir que si mon opinion a un défaut, ce n'est pas du moins celui d'être entachée d'ignorance, ce dont je ne pensais pas avoir à l'exonérer et ce que je fais bien à regret.

Je crois avoir démontré pathologiquement, dans le précédent mémoire, que l'opinion traditionnelle, acceptée sans contestation depuis près de deux siècles, que j'ai développée, repose sur un assez grand nombre de faits, et par conséquent qu'elle n'est pas en contradiction avec une saine observation; je n'ai pas à insister sur cette dernière partie de la critique de M. Nonat. J'ai donc seulement à établir que l'opinion de Ruysch, quoique ancienne, n'a rien de contraire à tous les enseignements de l'anatomie et de la physiologie, comme le croit M. Nonat, ou plutôt comme sa mémoire en défaut le lui fait croire, car il lui suffira de consulter le grand *Traité de physiologie* de Haller, dont il ne contestera pas sans doute l'autorité en semblable matière, pour reconnaître que je ne suis pas étranger aux enseignements, ou du moins à tous les enseignements de l'anatomie et de la physiologie. Il pourra se convaincre, en se reportant à cet ouvrage, justement considéré comme un véritable monument scientifique, que la possibilité du reflux du sang de l'utérus dans les trompes, et de celles-ci dans le péritoine, a été acceptée et professée par M. de Haller; que cet illustre physiologiste croyait si fermement à cette opinion, qu'il est revenu dans trois chapitres différents (1) sur cette migration par les trompes du sang contenu dans l'utérus, et de l'épanchement consécutif dans la cavité péritonéale non-seulement du sang menstruel, mais des lochies. J'espère que mon honorable collègue, après avoir relu les trois passages que je viens d'indiquer, et avoir réfléchi que l'opinion professée par Haller n'a jamais été jusqu'ici démontrée fausse, me concédera que j'ai pu et que je puis croire encore qu'elle n'est pas en contradiction avec tous les enseignements de l'anatomie et de la physiologie, et qu'il eût pu par conséquent, sans tenir si grand compte de l'épithélium

(1) Haller, *Elementa physiologiæ corporis humani*, 2e édition (la bonne). Lausanne, 1778:

Tome VII, livre 28, *Muliebria*, sect. II, § 31, *Tubæ descriptio*, p. 105, ligne 10.

Ibid., sect. III, *Purgatio menstrua*, p. 149, ligne 9.

Tome VIII, livre 29, *Fœtus*, sect. IV, § 4, *Uteri contractio*, p. 455, ligne 11.

vibratile qui revêt la face interne de l'oviducte, soumettre les faits que j'ai rapportés à un sérieux examen; ils en valaient bien la peine.

Mon honorable collègue aurait vu, s'il avait bien voulu me faire l'honneur de lire mon mémoire, que c'est fort gratuitement, sans tenir compte que je suis vitaliste, qu'on m'a attribué la théorie qu'il incrimine, et que je me défends d'avoir jamais commise, parce que c'eût été abjurer ma foi médicale de faire de l'hématocèle une maladie, et de rapporter toutes les hémorrhagies intra-pelviennes à une seule et même cause. Il aurait vu que c'est au contraire par exclusion que je suis arrivé à donner à l'observation qu'on a ironiquement appelée la pièce de résistance de mon mémoire de 1848, l'interprétation qu'il critique sans s'être donné la peine de rechercher, dans le travail original qui la contenait, si cette interprétation était fondée ou non. Il aurait vu enfin, ce que je tiens à lui faire remarquer pour qu'il soit bien convaincu que je suis resté dans ce second travail fidèle aux opinions qui se trouvent consignées dans le premier, que j'avais proposé l'interprétation qu'on a injustement décorée du nom de théorie, uniquement parce que je n'avais pu, malgré mes investigations, rapporter l'épanchement sanguin intra-pelvien que j'avais observé, ni à une rupture vasculaire signalée comme cause de ces hémorrhagies abdominales par Ollivier (d'Angers), en 1834, ni à une diathèse hémorrhagique indiquée comme cause, en 1841, par M. Barlow. Il aurait reconnu alors que c'est parce que je n'avais pu rattacher ni à l'une ni à l'autre de ces deux grandes causes d'hémorrhagies l'épanchement sanguin intra-pelvien, hématocèle d'aujourd'hui, qui avait tout particulièrement attiré mon attention, que j'ai, après plusieurs années de réflexions et de recherches, proposé très modestement, et en m'abritant de l'autorité de Ruysch et de J.-P. Frank, l'interprétation qu'il considère comme entachée de la plus complète ignorance.

Pour me défendre, je viens d'établir que je n'étais pas étranger à la physiologie classique; il me faut actuellement démontrer que l'opinion de Haller n'est pas tombée en désuétude, pour convaincre ceux qui, pour se dispenser de lire, considèrent comme surannée toute opinion émise avant eux, et font dater la science d'un jour. Mais j'ai prévu à cette objection en prenant soin, dans le mémoire précédent, de rapporter une observation de B. Brodie, dans la-

quelle se trouve explicitement indiqué qu'il acceptait l'opinion de Ruysch (1), et enfin deux observations extraites du mémoire de M. Hélie, professeur d'anatomie à l'école de Nantes (2), consacré à défendre anatomiquement l'opinion si vivement attaquée par M. Nonat au nom de l'anatomie et de la physiologie ; je renverrai donc à ces passages. La date récente du travail de M. Hélie, que je viens d'indiquer, et qui n'est pas encore arrivé, semble-t-il, à la connaissance de M. Nonat, établit que l'opinion professée par Haller n'est pas tombée en désuétude, et aussi sans doute que je ne suis pas plus étranger aux enseignements récents de l'anatomie et de la physiologie qu'aux enseignements anciens, peut-être moins que ceux qui m'ont adressé l'inculpation grave que j'ai dû repousser, parce qu'il s'agissait de sauvegarder ma considération scientifique.

Ce devrait être assez, mais je tiens tant à avoir, peut-être malgré lui, l'assentiment de mon honorable collègue de la Charité, et à ce qu'il reconnaisse qu'aucune, absolument aucune de mes opinions n'est en contradiction avec une saine observation, que j'ai cru devoir ajouter encore une nouvelle preuve à celles que je viens d'invoquer : c'est une observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon estimable collègue M. Lasègue, depuis la publication de l'ouvrage de M. Nonat, par conséquent à un moment où mon opinion ne devait pas avoir grand crédit. J'ai placé en note cette observation, qui est presque identique avec celles qui ont été rapportées par M. Hélie, c'est-à-dire une observation dans laquelle la mort est survenue au moment où le sang commençait à refluer de l'utérus dans les trompes ; de telle sorte qu'elle nous montre un caillot sanguin remplissant l'utérus et se prolongeant à droite et à gauche, par l'ostium uterinum ecchymosé comme la cavité utérine elle-même, jusqu'à la partie moyenne de chacune des deux trompes qui étaient saines. Pour n'altérer en rien cette intéressante observation, je la transcris textuellement, et, comme je fais pour toutes les observations qui me sont données, sans retrancher aucun des détails

(1) B. Brodie, *loc. cit.* Cette observation est rapportée page 40.

(2) Hélie, *Recherches sur la structure des trompes utérines, pour servir à l'histoire de l'hématocèle rétro-utérine* (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1858). Ces deux observations sont rapportées page 25 et suiv.

énumérés par M. Proust, l'interne du service de M. Lasègue, qui a eu l'amabilité de me l'offrir (1) au lieu de la publier lui-même.

---

(1) Obs. de M. A. Proust. — *Ictère grave survenu au cinquième mois d'une quatrième grossesse. — Avortement, métrorrhagie considérable avant et après la délivrance. — Coma. — Mort douze heures après la fausse couche. — Altération caractéristique du tissu hépatique. — Cavité utérine remplie par un caillot sanguin qui se continue de chaque côté dans l'orifice des trompes, et se prolonge dans la cavité de chacun des oviductes droit et gauche, jusqu'à moitié à peu près de leur longueur, où il se termine par une extrémité effilée. — Muqueuse tubaire saine, tandis que celle de l'utérus et des ostium uterinum est toute villeuse, ecchymosée dans certains points.*

Le 11 avril 1860, fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine, et placée dans le service de M. Lasègue, salle Saint-Jean, n° 3, Renard (Victoire), âgée de vingt-huit ans, lainière, demeurant rue des Amandiers, 14, en proie depuis trois jours seulement aux accidents qui caractérisent un ictère grave.

Jusque-là cette femme, d'une assez robuste constitution, n'avait eu aucune maladie sérieuse; on ne trouve à noter comme antécédent qu'une seule chose, c'est que depuis deux ans, à la suite de revers de fortune, le caractère de cette femme s'est modifié, qu'elle cherchait la solitude pour se livrer à la tristesse, qu'elle était brusque, souvent même dure pour les personnes qui l'approchaient. Mariée depuis quatre ans, elle a eu trois enfants, elle est actuellement enceinte de cinq mois environ.

Le mari attribue la maladie de sa femme à une frayeur vive, subite, qu'elle a éprouvée il y a quatre semaines environ, pour avoir vu, en sortant de sa chambre, le soir, un homme qui était couché sur le palier de leur logement, se dresser tout à coup devant elle à son approche. Depuis cette frayeur, qui a été suivie d'une perte de connaissance de quelques instants de durée, et même un peu avant cette époque, cette femme a ressenti des douleurs assez vives dans le côté droit, dans la région du foie, mais sans qu'il y ait eu de coloration jaune de la peau avant dimanche dernier, 8 avril. Ce jour-là la jaunisse ne s'accompagna d'aucun malaise, cette femme parut au contraire plus gaie que d'habitude. Le lundi elle sort, elle va se promener dans la journée, mais le soir elle a un mal de tête assez marqué, puis bientôt elle est prise d'un frisson de plus d'une heure de durée qui l'oblige à se coucher dès huit heures. La nuit est assez bonne. Le lendemain matin, 10, elle veut se lever pour se rendre à son travail, auquel elle ne va point à cause de l'opposition du mari, qui la quitte ainsi assez bien portante, mais qui, en revenant à huit heures du soir, la retrouve au lit, tellement absorbée, qu'il a été impossible de savoir quels ont été les accidents éprouvés pendant cette journée. La nuit est très mauvaise: alternatives de mutisme et de plaintes dans lesquelles la malade accuse un malaise général, d'agitation de quelques minutes et d'abattement, de chaleur et de refroidissements pendant lesquels la peau semble presque glacée; la malade a uriné sous elle. Le matin, à ces symptômes viennent se joindre quelques vomissements bilieux; c'est à la suite de ceux-ci que la malade est apportée à l'hôpital, où elle présente l'état suivant :

La malade est dans le décubitus dorsal, plongée tantôt dans un calme absolu, tantôt en proie à une agitation assez marquée pendant laquelle elle fait entendre quelques plaintes et des gémissements après lesquels elle retombe dans le coma; non-seulement elle ne répond à aucune des questions, mais elle paraît tout à fait insensible. Les pupilles sont dilatées, mais encore un peu contractiles. La peau présente non-seulement une teinte ictérique générale, qui est également très marquée sur les conjonctives et la muqueuse buccale, mais quelques ecchymoses dont les plus considérables occupent, l'une l'avant-bras droit, l'autre la face interne de la lèvre inférieure et se prolonge sur la face interne

Je n'ai pas besoin de commenter l'observation que je viens de placer en note, et qui fait assister, pour ainsi dire *de visu*, au passage dans les trompes d'une partie du sang, qui dans ce cas était incontestablement fourni par la surface interne de l'utérus, ni besoin de

---

des joues. La langue et les dents sont couvertes de fuliginosités. Le foie, très sensiblement diminué du volume, ne peut être senti au-dessous des fausses côtes. La respiration est très embarrassée ; à l'auscultation, on entend des râles en assez grand nombre dans toute l'étendue de la poitrine, mais il n'y a pas à la percussion de matité notable. Les battements sont un peu fréquents, 80-85 pulsations.

Les alternatives d'agitation et de calme se succèdent pendant toute la journée et pendant la première partie de la nuit. Dans un des stades de coma de la nuit la malade a plusieurs vomissements de sang très abondants, mais qui sont de deux sortes : dans les uns le vomissement est composé de matières noires, épaisses ; dans les autres au contraire il est constitué de sang rouge, rutilant. Quelque temps après ces vomissements, qui tous réunis représentent à peu près 1000 à 1200 grammes, c'est-à-dire à deux heures du matin, l'accouchement se produit ; après l'expulsion du fœtus, qui paraît être de cinq mois environ, pendant et quelque temps après la délivrance, survient une perte assez abondante de sang qui s'échappe très rouge des parties génitales. Après cette métrorrhagie la malade reste dans le coma absolu ; elle a une nouvelle perte vers le matin, mais on n'a pu déterminer comment celle-ci s'était produite, ni quelle avait été la couleur du sang, si, en un mot, cette hémorrhagie provenait des organes génitaux ou de la vessie, ce qu'a rendu probable l'examen cadavérique.

A la visite du matin, 12, la malade est dans un coma absolu ; elle meurt à deux heures de l'après-midi.

Autopsie, quarante-deux heures après la mort. — La peau conserve la même teinte ictérique assez foncée qui existait pendant la vie ; les ecchymoses, notamment celles de l'avant-bras droit et de la lèvre inférieure, persistent aussi marquées. La coloration ictérique est très manifeste sur les membranes du cerveau ; cet organe paraît sain, cependant ses ventricules contiennent de la sérosité rougeâtre. Le cœur offre également une couleur jaune ; il est d'une bonne consistance, sans lésion appréciable, il ne contient dans son intérieur aucun caillot ; le sang qu'on trouve dans le cœur et dans les gros vaisseaux, d'une coloration foncée, était fluide. Les deux poumons, qui ne contiennent ni l'un ni l'autre trace de tubercules, sont engoués tous deux de mucosités bronchiques d'une teinte ictérique très manifeste. Le poumon gauche, peu crépitant, offre à sa surface des ecchymoses nombreuses plus ou moins étendues, et présente à la coupe un aspect analogue à celui qu'on observe anatomiquement dans certaines fièvres typhoïdes dans lesquelles il y a eu prédominance des manifestations thoraciques. Dans le poumon droit les ecchymoses sont plus circonscrites que celles du poumon gauche ; le sang extravasé forme de petits noyaux apoplectiques qui à la coupe sont d'un noir d'ébène ; ils sont assez nombreux ; les uns superficiels, les autres au contraire profonds, sont disséminés dans le parenchyme pulmonaire.

Le péritoine contient de la sérosité rougeâtre. Le foie est d'un petit volume, de moitié à peu près de son volume habituel, d'après les mesures de toutes ses dimensions, qui ont été exactement prises ; mais il est inutile de les rapporter. Cet organe, pesant dans sa totalité 815 grammes, est en rapport seulement avec la moitié inférieure du quatrième espace intercostal, les cinquième et sixième côtes et une partie du sixième espace intercostal. Il est mou, peu résistant, surtout dans son lobe gauche qui est très aminci. Sa surface est parsemée de taches laiteuses de volume variable ; son enveloppe s'enlève très facilement

signaler ici tout ce que cette observation et celles que M. Hélie a rapportées présentent d'intéressant pour l'histoire des hématocèles métrorrhagiques, dans laquelle j'aurai à les rappeler. J'ai seulement à indiquer ici les analogies nombreuses que présentent l'observation de réplétion sanguine commençante, survenue dans un avortement

---

du tissu hépatique, qui est rouge, ramolli et qui présente à la face inférieure et près du bord postérieur de petites granulations jaunâtres très caractéristiques. Ces granulations sont sphériques, les unes du volume de la tête d'une épingle, les autres un peu plus considérables ; à l'examen microscopique, elles ont paru être dues à ce que des gouttes graisseuses sphériques, de 5 à 12 millièmes de millimètre, se trouvaient là plus nombreuses qu'ailleurs. La coupe du foie montre de même son tissu d'un rouge foncé, ramolli. La vésicule biliaire est remplie d'une bile brunâtre, très foncée, visqueuse. Les canaux hépatique et cholédoque ne sont pas oblitérés.

L'estomac contient une quantité assez considérable de matière brunâtre grumeleuse ; il présente dans certains points quelques ecchymoses, et un peu d'injection dans d'autres. La surface interne de l'intestin grêle présente d'une manière générale sa coloration normale, il existe seulement dans certains points une coloration cendrée disposée par bandes ; les plaques de Peyer sont normales. La rate ne présente aucune altération, elle n'est pas sensiblement ramollie. Autour des reins on trouve une infiltration sanguine assez considérable qui occupe le tissu cellulo-adipeux ; elle est surtout marquée à gauche. La surface des reins est parsemée de petites ecchymoses brunâtres qui disparaissent quand on prive ces organes de leur enveloppe. Le tissu néphrétique lui-même est très congestionné, on observe en certains points de petites granulations jaunâtres assez analogues à celles du foie. La vessie renfermait en quantité assez considérable un liquide rouge, épais, tellement analogue au sang, qu'il n'en différait que parce qu'il était plus épais. La surface interne de la vessie était blanche, excepté à l'orifice uréthral, où existait non-seulement de l'injection mais même une ecchymose.

Organes génitaux. — L'utérus mesure 0,19 de hauteur ; son tissu est consistant, jaunâtre ; on ne trouve à noter qu'une infiltration sanguine assez considérable du col, elle est sous-muqueuse. La face interne de l'utérus présente l'insertion placentaire normale, elle est toute villeuse dans le reste de son étendue. La cavité de cet organe est remplie de caillots sanguins noirâtres qui offrent surtout ceci de remarquable, qu'ils se continuent à droite et à gauche dans l'orifice des trompes, s'étendent dans la cavité de chacun des deux oviductes droit et gauche, jusqu'à moitié de leur longueur, où ces caillots sanguins se terminent par une extrémité effilée qui offre à peu près les dimensions d'un stylet ordinaire. La moitié externe de chacune des trompes, moins volumineuse que la partie interne, est complétement vide. Les parois des trompes sont saines ; leur muqueuse ne présente d'injection qu'au voisinage de l'ostium uterinum, mais en ce point le tissu sous-jacent au caillot sanguin est ecchymosé et un peu ramolli. A la surface péritonéale des trompes on trouve une disposition analogue : ainsi, tandis que les parties externes ne présentent qu'une injection rosée à peine marquée, les parties voisines de l'utérus offrent une fine arborisation, et même on trouve des points ecchymotiques brunâtres au niveau de l'insertion de la trompe gauche à l'utérus. Ces points ecchymotiques, peu étendus, paraissent sous-péritonéaux. Il existe dans le tissu cellulaire des ligaments larges, surtout à gauche, de petits foyers sanguins du volume d'une lentille à peu près. Les ovaires n'offraient aucune altération.

Le foie et les reins du fœtus ont été examinés avec soin, ils n'ont offert ni à l'œil ni au microscope de lésions appréciables.

symptomatique d'un ictère grave, recueillie par M. Proust, et l'observation d'hématocèle métrorrhagique publiée par M. Barlow, que je rapporterai qnelques pages plus loin, et dans laquelle l'épanchement sanguin intra-pelvien était symptomatique d'un purpura qui avait également donné lieu à un avortement. Aussi aurais-je, en analysant cette dernière observation qui a suscité, en 1839, une discussion très importante par l'autorité des médecins anglais (1) qui y ont pris part, à invoquer l'observation que je viens de placer en note, parce que dans celle-ci l'hématocèle était imminente, mais non encore effectuée, et à rapprocher l'une de l'autre, au point de vue pathologique, ces deux observations. Au même point de vue j'aurai à rapprocher, au contraire, les deux faits rapportés par M. Hélie (dans l'un desquels la réplétion tubaire était liée à une métrorrhagie symptomatique d'une scarlatine, et symptomatique dans l'autre d'une variole), de l'observation d'hématocèle métrorrhagique symptomatique d'une rougeole, qui a été publiée par M. de Scanzoni, que je transcrirai dans un instant.

Mais c'est assez m'occuper de ces faits qui n'ont qu'un rapport indirect avec les hématocèles symptomatique d'un trouble de l'excrétion, qui diffèrent même des faits de cette dernière espèce par une particularité très importante, consistant en ce que la réplétion des trompes n'est qu'un stade éphémère dans les hématocèles métrorrhagiques, et n'est pas caractérisée par des douleurs dysménorrhéiques; tandis que cette période d'une assez longue durée dans les rétentions menstruelles, d'un mois en général, très douloureuse, constitue dans celles-ci une période distincte, antécédente à l'épanchement sanguin, qui sert beaucoup pour établir le diagnostic. L'existence, en effet, dans les hématocèles symptomatiques, d'une rétention menstruelle, d'une période distincte, constituée par la distension des trompes, qui dure assez longtemps avant que la migration du sang dans la cavité péritonéale se produise, donne aux faits de cette espèce un cachet tout particulier qui permet assez facilement de reconnaître que l'hémorrhagie intra-pelvienne est la consé-

(1) Barlow, Bright, B. Brodie, Burne, Johnson, Loock, Moore, Erasmus Wilson, in *Lancet*, 1839-40, t. I, p. 327 et suiv. — Je dois signaler ici que c'est par erreur que j'ai indiqué dans des notes antécédentes que Bright avait accepté le reflux du sang de l'utérus; il croyait au contraire que, dans ce fait, l'hémorrhagie avait eu pour siége le péritoine, et que le sang avait pénétré du péritoine dans les trompes.

quence d'un trouble de l'excrétion, lorsque toutefois on a pu établir qu'il s'agit d'une hématocèle, et non d'une pelvi-péritonite séro-albumineuse ou purulente. Cette détermination, je puis le dire ici sans entrer dans aucun des détails que j'ai minutieusement exposés dans le mémoire précédent, repose sur la connaissance des accidents divers qui se sont succédé depuis le trouble de l'excrétion, s'aggravant à chaque période menstruelle stérile, jusqu'à l'épanchement hématique intra-péritonéal, et sur l'absence, dans les premières phases de l'affection, d'un flux sanguin extérieur qui existe au contraire, préexiste même le plus souvent à l'hémorrhagie pelvienne, dans les hématocèles métrorrhagiques. Il est par conséquent nécessaire, si l'on n'a pas assisté au début de la maladie, qu'on fasse exactement préciser par un long et minutieux interrogatoire quel a été l'enchaînement des accidents qui se sont produits avant le développement de la péritonite, et ainsi qu'on ne se contente pas de la constatation des signes fournis par l'examen physique, qui sont très importants sans doute, mais le sont beaucoup moins cependant que ceux qui résultent du récit circonstancié des malades. Il est inutile que j'insiste sur l'absolue nécessité, pour établir le diagnostic de toutes les affections des organes génitaux féminins, d'antécédents parfaitement détaillés, parce que je ne crois pas devoir rencontrer d'opposition sur ce point, même de la part de ceux qui ont négligé d'en tenir un compte suffisant, et par suite de ce fait sont arrivés à donner le nom de maladie à une affection aussi essentiellement symptomatique que l'est l'hématocèle, et en tracer une histoire pathologique qui ne représente rien. La stérilité de tous les travaux qui n'ont tenu aucun compte des différences considérables qui sont imprimées aux hématocèles par les causes diverses qui font naître l'hémorrhagie, dont tout ou une partie s'épanche dans le péritoine et constitue la tumeur hématique qui a été dans ces dernières années l'objet des préoccupations presque exclusives, quoiqu'elle n'ait qu'une importance fort subsidiaire, est la meilleure preuve de la nécessité impérieuse de remonter, à l'aide des antécédents patiemment étudiés, à la détermination des circonstances qui font naître l'hémorrhagie et qui peuvent seules fournir des indications thérapeutiques.

La connaissance des antécédents, que j'ai indiqués dans le paragraphe précédent, permet, suivant moi, de distinguer assez facilement les hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion

de celles qui sont le fait, soit d'une rupture de varices utéro-ovariennes, de la trompe ou de l'ovaire, soit de la migration dans la cavité du péritoine d'une partie du produit d'une hypersécrétion sanguine des organes génitaux, dont l'autre partie flue au dehors, qui constitue la cinquième espèce que j'étudierai plus loin. En émettant cette assertion, je ne parle pas seulement d'après mon expérience personnelle, mais je parle aussi d'après l'expérience des autres, et en particulier de M. Tilt, qui s'est basé sur les mêmes éléments de diagnostic que ceux que j'ai signalés, pour rattacher à un trouble de l'excrétion menstruelle la production de la tumeur hématique qu'il a ponctionnée, et dont il a publié l'observation que je transcris en note (1). Mais ce premier point

(1) Obs. de M. Tilt, *loc. cit.*, case 77, p. 261. — *Dysménorrhée habituelle.* — *Menstruation incomplète à la suite d'un refroidissement* — *Accidents de rétention pendant tout le mois.* — *A l'époque menstruelle suivante, absence de menstruation.* — *Péritonite.* — *Tumeur rétro-utérine.* — *Ponction qui donne issue à deux pintes de sang sirupeux.* — *Guérison.*

En 1845, nous avons été consulté par les parents de miss L..., âgée de vingt-cinq ans, ayant les cheveux et les yeux noirs, et ayant été jusque dernièrement d'une bonne santé. Elle fut réglée pour la première fois à treize ans, et depuis les règles revinrent continuellement, mais elles étaient précédées de vives douleurs. Deux jours avant la dernière époque menstruelle, elle avait été mouillée pendant qu'elle se promenait, cependant les règles étaient venues comme à l'ordinaire, mais peu abondantes. Lorsque nous vîmes la malade, elle avait de grandes douleurs dans la région hypogastrique, mais l'exploration était impossible. Elle avait de la fièvre. Nous ordonnâmes douze sangsues à la région iliaque droite, qui nous parut la plus douloureuse, de larges cataplasmes, et des doses répétées de castoréum.

La malade allait mieux, mais avant qu'elle fût capable de quitter le lit, l'époque probable de ses règles revint, et au lieu de l'écoulement ordinaire, l'état de la malade empira. Nous trouvâmes la malade à l'agonie, rapportant ses douleurs au ventre, qui était très distendu, mais en partie par du météorisme intestinal. Elle avait vomi quelques matières verdâtres; le pouls était filiforme et à 110. Dix onces de sang furent tirées du bras, douze sangsues furent appliquées sur le bas-ventre, et furent suivies de fomentations et de cataplasmes. En peu de jours la malade revint de cette attaque de péritonite, l'abdomen devint moins douloureux, et à travers les parois de l'abdomen on sentit une tumeur globuleuse, occupant une position centrale dans la cavité pelvienne, plongeant profondément dans cette cavité, donnant à la malade la sensation d'une grossesse de cinq mois. Le vagin était si fortement serré contre l'os pelvien, qu'il était difficile d'y introduire le doigt, et que cela expliquait la difficulté de l'émission des urines. L'utérus était élevé, le col fermé, comme fixé dans une position invariable.

En introduisant son doigt dans le rectum, on le trouvait aplati, et appliqué contre la concavité du sacrum ; ceci expliquait la constipation opiniâtre qui persistait depuis les derniers jours. La tumeur contenait une matière liquide, car en appliquant une main sur la région hypogastrique, et un doigt de l'autre main dans le vagin, on pouvait constater la fluctuation. C'était donc une tumeur enkystée dans la cavité pelvienne et dans l'espace

déterminé, c'est-à-dire lorsqu'on a établi que l'hématocèle est symptomatique d'une rétention menstruelle, le diagnostic reste encore incomplet, parce qu'il faut, ainsi que je l'ai longuement indiqué dans le mémoire précédent, rechercher quel est le vice de l'excrétion pour pouvoir formuler le pronostic et le traitement. Je me contenterai de cette simple énonciation, sans entrer dans aucun détail à ce sujet; je n'ai pas à revenir sur les indications thérapeutiques qu'on peut avoir à remplir dans chacune des variétés de la rétention menstruelle que j'ai surabondamment signalées, et qui varient dans chacune d'elles, comme nous verrons également différentes celles qui se présentent à remplir dans chacune des variétés de la cinquième et dernière espèce d'hématocèles, dont je puis enfin essayer d'esquisser l'histoire pathologique.

§ 5. — Hématocèles symptomatiques d'une hypersécrétion sanguine morbide des organes génitaux, hématocèles métrorrhagiques.

J'ai réuni dans cette cinquième et dernière espèce toutes les hémorrhagies intra-pelviennes qui, dans l'état de vacuité, résultent d'un fluxus pathologique, soit généralisé à tous les organes génitaux, soit limité à un certain nombre d'entre eux, et dont une partie du produit vient accidentellement s'épancher dans la cavité péritonéale, tandis que l'autre partie flue par la vulve et constitue une métrorrhagie plus ou moins abondante. J'ai donné par abréviation, aux hématocèles de cette espèce, qui reconnaissent toutes pour cause une exagération de l'exhalation sanguine dévolue aux organes génitaux féminins, la dénomination d'*hématocèles métrorrhagiques*, qui

---

recto-vaginal. L'amendement subit des symptômes inflammatoires prouvait que la péritonite avait été seulement locale, et que cette tumeur volumineuse ne pouvait pas être purulente ; nous avions donc là une tumeur sanguine de la même nature que celles que nous avions vues dans la pratique particulière de Récamier. Nous plongeâmes un long trocart dans le cul-de-sac postérieur du vagin, un pouce au-dessous de l'insertion du col à l'utérus. Deux pintes de sang noir sirupeux sortirent à travers le trocart, qui fut laissé dans la plaie. La malade éprouva à l'instant du soulagement. Du sang noir continua à s'écouler pendant les jours suivants, et la canule fut retirée. A l'époque menstruelle suivante le sang fut peu abondant, et la malade recouvra peu à peu la santé, et elle recouvra quelques couleurs.

Il est remarquable que ces cas ont plusieurs points communs : le plus grand nombre ont leur origine dans la suppression du flux menstruel; des accidents de péritonite locale s'ensuivent, puis une tumeur de la cavité pelvienne, qui disparaît par l'évacuation du sang liquide qui la constitue, et qui fut trouvé quand l'examen *post mortem* a été fait.

est certainement vicieuse, mais qui présente un avantage très réel que j'ai à faire ressortir. Cette dénomination, en effet, a l'avantage d'indiquer non-seulement que les hématocèles de cette espèce, au moment où elles se produisent, sont presque constamment accompagnées d'un flux sanguin extérieur, mais surtout d'indiquer que l'épanchement intra-pelvien n'est qu'un épiphénomène accidentel de la métrorrhagie, et ainsi que l'histoire nosologique du caillot pelvien, c'est-à-dire de la tumeur sanguine rétro-utérine, est subordonnée à celle du fluxus pathologique qui a fait naître la perte. Cette dénomination appelle ainsi l'attention sur le point capital de l'histoire de cette espèce d'hématocèle qui est essentiellement du domaine médical, comme nous le verrons par les différentes observations rapportées quelques pages plus loin.

Je n'ai pas besoin de dire que le fluxus pathologique, qui est le phénomène primordial de la métrorrhagie, et partant de l'épanchement sanguin qui est la conséquence de celle-ci, est, comme tous les fluxus sanguins, une manifestation symptomatique, et peut être, comme tous les fluxus sanguins, symptomatique d'une foule d'états morbides fort divers ; par conséquent, que cette cinquième espèce des hématocèles ne mérite pas plus qu'aucune autre le nom de maladie. La possibilité d'une récidive dans cette espèce d'hématocèle, indiquée dans l'observation qui a servi de texte aux leçons de M. le professeur Trousseau (1), mais dont je n'ai trouvé de publié qu'un extrait très incomplet, transcrit en note (2), ne me paraît pas infirmer cette pro-

---

(1) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 22 et 29 juin 1858, p. 285 et 298.

(2) Obs. recueillie dans le service de M. Trousseau, publiée par M. Voisin, sans nom d'auteur et sans indication bibliographique, et dont la responsabilité incombe par conséquent à M. Voisin (*Traité de l'hématocèle rétro-utérine*, J.-B. Baillière, 1860, obs. XXXIV, p. 349). — *Hématocèle utérine chez une femme sujette aux métrorrhagies et survenant pendant la période menstruelle. — Fond de l'utérus porté en bas et en arrière en rétroflexion. — Guérison.*

Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau, salle Saint-Bernard. Femme de trente-cinq ans, réglée pour la première fois à vingt-cinq ans. Un accouchement. Depuis elle est atteinte de varices rectales qui ont beaucoup saigné. Depuis l'accouchement, règles très abondantes durant huit jours.

Il y a dix-huit mois, cette femme est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Trousseau pour une affection analogue à celle d'aujourd'hui. Tumeur abdominale regardée comme corps fibreux. Séjour à l'hôpital pendant six mois. Elle sortit parfaitement rétablie.

Depuis, les règles reviennent tous les quinze jours, durent huit, et dans l'intervalle pertes blanches. Tous les deux mois la malade perd des caillots. A chaque époque mens-

position, et ne me paraît pas surtout entraîner la nécessité de faire de cette variété des hématocèles une maladie distincte, comparable

---

truelle, douleurs paraissant se rapporter à l'ovaire gauche. Chaque époque est précédée de douleurs lombaires très vives pendant vingt-quatre heures. La malade n'avoue aucune cause touchant au coït ; pas de chutes.

Le 1er mars, pendant la période menstruelle, douleurs de reins plus vives que d'habitude, malaise général, nausées, vomissements, urine altérée comme il y a dix-huit mois. La malade, se rappelant ces symptômes, s'empresse dès le premier jour de ses douleurs d'entrer dans le service de M. Trousseau.

Le 2 mars, à son entrée, on trouve au-dessus du pubis une tumeur du volume d'une noix, assez dure, que quelques-uns croient être l'ovaire. Au-dessus on sent une tumeur plus considérable, mal limitée. Par le toucher vaginal, on sent le col porté en avant, et en arrière un corps qui parut être le corps utérin à MM. Trousseau et Laugier.

Depuis son entrée la malade a été en proie à des douleurs des plus vives, comparées aux douleurs de l'enfantement, s'irradiant dans tout l'abdomen, avec nausées, vomissements.

Le 20 mars. — Teinte jaune anémique, décoloration complète. Décubitus dorsal ; la malade ne peut s'asseoir. La partie sous-ombilicale du bas-ventre est tuméfiée. Tumeur dépassant le niveau de la peau d'une manière visible, partant du pubis, remontant plus haut à gauche qu'à droite de 0,02 ; dure à gauche, douloureuse à la pression. Même dureté à la limite supérieure de la masse ; à gauche, sonorité très marquée à la percussion. Matité absolue au niveau de la tumeur ; douleurs dans toute la cavité abdominale provoquées par le simple toucher. Je ne puis sentir au-dessus du pubis de tumeur distincte pouvant être l'utérus ou une autre tumeur. La masse fait un tout uniforme.

Toucher vaginal. — Col porté en avant, touche la cloison vésico-vaginale et est à 0,05 de l'orifice vulvaire ; il est entr'ouvert et immobile. En suivant sa face antérieure, on arrive au fond d'un cul-de-sac ; au fond de ce cul-de-sac on ne sent aucune tuméfaction. En suivant la face postérieure du col, on arrive, après un trajet de 0,03, à un petit cul-de-sac, et de là sous un angle presque obtus à un corps arrondi, dur, à surface égale, et qui se continue, sans ligne de démarcation notable, avec le col, et paraît être l'utérus. Ce corps est immobile et placé de champ dans le détroit inférieur, qu'il obstrue plus à droite qu'à gauche. A la partie postérieure de ce corps, on sent, en remontant, une tuméfaction molle que l'on retrouve à la partie latérale gauche.

Toucher rectal. — Bourrelet hémorrhoïdal assez considérable. Douleurs vives, provoquées par l'introduction du doigt. On arrive à sentir ce corps arrondi que nous avons dit être le fond de l'utérus, mais au-dessus et en arrière on touche une portion de tumeur de consistance différente et de forme irrégulière.

L'examen au spéculum n'a pas été fait. Pas de constipation. L'urine contient beaucoup de mucus. Pas d'œdème ni de douleurs dans les membres inférieurs, ni de varices.

Traitement. — Immobilité. Quinquina à la dose de 4 grammes par jour.

La malade eut plusieurs fois des écoulements sanguins très considérables par le vagin, et guérit après plusieurs mois.

Cette observation a dû être recueillie par M. Voisin lui-même ; du moins je puis certifier que M. Blondeau, qui était le chef de clinique de M. le professeur Trousseau à l'époque où la malade qui en fait le sujet était à l'Hôtel-Dieu, m'a assuré n'avoir eu aucune participation à la publication de ce fait, qui, ainsi présenté, donne, m'a-t-il dit, une idée complétement inexacte des accidents qu'a offerts cette malade. Il résulte de ce renseignement que cette observation devrait être considérée comme non avenue.

à la goutte ou au rhumatisme (1). Il ne me semble point que l'existence de récidives plus ou moins nombreuses de l'hématocèle, du reste très exceptionnelle, puisse autoriser plus légitimement à donner le nom de maladie à cette affection que les récidives de crachements de sang, pour me servir des mêmes comparaisons que M. Trousseau, ne méritent le nom de maladie, à l'hémoptysie qui est aujourd'hui d'un commun accord uniquement considérée en pathologie comme une affection symptomatique. La répétition plus ou moins fréquente sans cause procréatrice accidentelle, soit de l'hématocèle, soit de l'hémoptysie, révèle bien certainement, comme l'a indiqué M. Trousseau, que le support de ces hémorrhagies est en proie à une maladie, tantôt en puissance, tantôt en action, et en action en particulier, lorsqu'elle donne lieu au symptôme hémorrhagie. Mais elle n'établit point qu'on doive considérer comme une maladie le symptôme hémorrhagie qui se présente dans une foule d'états morbides divers et de maladies qu'il faut, autant que possible, tâcher de déterminer, parce que la notion de celles-ci, de la phthisie par exemple, prime pathologiquement le flux sanguin hémoptyique qui en est une des manifestations.

L'importance de la détermination de la maladie qui donne lieu à la métrorrhagie l'emporte tellement à mes yeux dans l'espèce d'hématocèle que nous étudions, sur celle de la détermination du siége précis de l'exhalation sanguine, que j'ai réuni indistinctement les hématocèles métrorrhagiques dont le flux sanguin paraît évidemment provenir de la cavité utérine, comme dans l'observation de M. Barlow (2), et celles dont le point de départ du sang ne peut être précisé, peut être placé par les uns dans la trompe, par les autres dans l'utérus. Je me suis, dans cette espèce, fort peu préoccupé de la question du siége de l'exhalation sanguine, qui me paraît ici complétement subsidiaire, parce que les maladies ou les affections qui donnent lieu à ces hématocèles peuvent indifféremment déterminer une hémorrhagie tubaire ou utérine, parce que la détermination du point de départ de l'hémorrhagie ne peut avoir aucune influence thérapeutique, et enfin parce que peu importe qu'on attribue le caillot intrapelvien à la migration du sang exhalé par la trompe, lorsqu'on est

(1) Trousseau, *loc. cit.*, p. 286.
(2) Obs. XII, p. 448.

obligé d'attribuer à une exhalation morbide de l'utérus le flux sanguin qui s'échappe à flots du vagin. J'ai au contraire porté toute mon attention sur la maladie ou sur l'état morbide qui donne lieu à la perte, et qui établit, entre les faits multiples et très différents qui constituent cette espèce d'hématocèle, des dissemblances telles qu'il est impossible de les comprendre toutes dans une même histoire, exactement comme il est impossible de rapprocher dans une même description toutes les différentes métrorrhagies. La division acceptée pour celles-ci est nécessairement applicable aux hématocèles métrorrhagiques qui ne sont qu'un épiphénomène, un accident de la perte, et dont la signification pathologique est dès lors complétement différente quand l'exhalation sanguine est symptomatique, soit d'une pyrexie, soit de la puerpéralité, soit d'une affection d'un des organes génitaux, soit enfin d'une cachexie, en prenant tous ces mots dans leur sens le plus générique, pour ne pas trop multiplier les variétés qui devront nécessairement avoir, chacune, des subdivisions plus ou moins nombreuses.

§ 1. — Ainsi j'ai compris dans le premier groupe, non-seulement les hématocèles symptomatiques des fièvres proprement dites, fièvres éruptives et fièvres continues, mais celles qui sont symptomatiques de maladies fébriles, *incertæ sedis*, telles que le purpura, l'ictère malin, qui font naître comme les pyrexies légitimes une diathèse hémorrhagique accidentelle, susceptible de se manifester par des pertes. J'ai réuni toutes ces hématocèles dans un seul groupe, parce que la connaissance, dans ces tristes circonstances, de l'épanchement sanguin intra-péritonéal, qu'il soit le fait d'une rougeole, comme dans l'observation rapportée par M. de Scanzoni, ou d'un purpura, comme dans l'observation de M. Barlow, n'a pour ainsi dire d'autre valeur pratique que de rendre plus grave encore, si c'est possible, le pronostic fatal qu'on doit porter. J'ai commencé par l'observation de rougeole, bien qu'elle soit beaucoup moins intéressante que celle de purpura, parce que j'ai tenu à conserver, autant que possible, l'ordre suivi dans la classification des hémorrhagies, et parce que le fait rapporté par M. de Scanzoni est la preuve la plus flagrante, qu'on puisse trouver, de la nécessité de laisser unie la gynécologie à la pathologie médicale, et des conséquences désastreuses qu'aurait l'acceptation du programme du professeur de Wurtzbourg. Voyons cette observation, malheureusement très écourtée, et à laquelle son

auteur n'a pas accordé l'importance qu'elle me parait mériter, parce qu'il n'a pas saisi qu'il pût y avoir la moindre affinité entre ce fait et les hématocèles dont il est cependant un exemple incontestable.

OBSERVATION XI (1). — *Rougeole. — Écoulement sanguin par la vulve. — Péritonite très intense. — Mort. — Épanchement de 500 grammes de sang dans le bassin, communiquant par l'orifice abdominal de la trompe gauche avec un épanchement sanguin intra-tubaire de 60 grammes environ.*

Nous devons aussi mentionner ici le cas d'une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, affectée de rougeole, qui mourut immédiatement après l'arrivée des règles, avec tous les symptômes d'une péritonite très intense, et chez laquelle, à l'autopsie, on ne reconnut aucune autre cause possible de la mort qu'une hémorrhagie dans la trompe gauche. Cette dernière avait l'épaisseur du doigt indicateur, était très distendue, présentait une coloration d'un rouge bleuâtre, à cause du sang que l'on reconnaissait au travers de ses parois, et elle contenait, comme l'on put s'en convaincre en l'ouvrant, environ 60 grammes de sang, moitié liquide, moitié coagulé, qui communiquait par l'orifice abdominal avec un épanchement sanguin d'environ 500 grammes, presque tout coagulé, qui était situé dans la cavité du bassin. Rokitansky décrit dans son *Anatomie pathologique* des cas pareils terminés également par la mort.

J'ai le regret de n'avoir pu consulter l'*Anatomie pathologique* de M. Rokitansky, à laquelle M. de Scanzoni renvoie pour trouver des faits semblables au sien, mais qui sans doute contiennent la description de l'état que présentait l'utérus, malheureusement omise complétement dans l'observation précédente. Cette lacune empêche d'assurer avec toute certitude que la trompe avait fourni par exhalation le sang dont la plus grande partie s'était épanchée dans l'abdomen, tandis que l'autre partie était restée contenue dans les organes génitaux. Mais je veux bien admettre que l'absence de description anatomo-pathologique de l'utérus signifie dans ce fait que le caillot intra-tubaire n'était pas le résultat de la migration du sang fourni par l'utérus, comme cela est si évident dans les observations de M. Hélie (2) et de M. Laboulbène (3), qui ont avec l'observation de

(1) De Scanzoni, trad. franç., *Hémorrhagies dans le canal des trompes*, p. 312. Paris, 1858.

(2) Observation rapportée en note, p. 25.

(3) Observation rapportée en note, p. 27.

M. de Scanzoni les plus complètes analogies, parce que dans l'espèce d'hématocèle que nous étudions, la détermination du point de départ de l'hémorrhagie, qui s'est déversée dans le péritoine, n'a qu'une importance secondaire comparativement à celle qu'offre la recherche des maladies qui peuvent donner lieu à l'exhalation sanguine génératrice de l'épanchement intra-péritonéal. A ce point de vue, on trouve le plus grand intérêt à rapprocher les unes des autres les trois observations que je viens d'indiquer, et qui sont parfaitement comparables, lorsqu'on veut bien admettre, ce que, je crois, personne ne contestera, que l'observation de M. de Scanzoni ne diffère des autres que parce qu'elle nous montre survenu l'épanchement intra-pelvien, qui était imminent dans les observations de M. Hélie et de M. Laboulbène. Rapprochées l'une de l'autre, ces trois observations établissent la possibilité du développement d'une hématocèle : l'une dans les rougeoles, l'autre dans les scarlatines, et la dernière dans les varioles, lorsque du moins ces fièvres éruptives, comme il est facile de le voir par les détails contenus dans l'observation de M. Laboulbène qui seule rend compte des accidents observés pendant la vie, méritent le nom de malignes. On peut dès lors conclure, sans être accusé de forcer les analogies, que l'hématocèle peut apparaître comme manifestation symptomatique dans toutes les fièvres malignes, mais sans être autorisé, quant à présent, à donner la manifestation d'une hématocèle dans les fièvres comme un signe de malignité, parce que l'observation n'a pas établi qu'elle ne peut avoir lieu dans les fièvres simplement graves, et graves à ce point d'être mortelles. Le rapprochement de ces observations établit encore, ce qui est très important, que si les hématocèles sont dans les fièvres plus communes à l'époque des règles, comme, du reste, les pertes elles-mêmes, elles peuvent néanmoins survenir en dehors de cette époque, ainsi quinze jours après la menstruation dans l'observation de M. Laboulbène, et par conséquent qu'il n'y a pas de corrélation nécessaire entre les hématocèles métrorrhagiques et le travail de l'ovulation, qui peut être considéré comme une cause adjuvante, mais non comme la cause procréatrice de la perte et de l'hématocèle qui est la conséquence de celle-ci. Du reste, nous aurons à signaler dans d'autres observations que dans celles-ci l'impossibilité absolue de rattacher le développement d'hématocèles métrorrhagiques au travail menstruel, en particulier dans l'obser-

vation de M. Barlow que j'ai si souvent citée, et que je puis enfin rapporter avec la planche qui l'accompagne.

OBSERVATION XII (1). — *Avortement à six mois de grossesse. — Métrorrhagie considérable. — Purpura. — Douleur abdominale très violente. — Vomissements incoercibles. — Mort cinq jours après la fausse couche. — Ecchymoses sous-cutanées, sous-muqueuses et sous-séreuses. — Epanchement sanguin intra-abdominal très considérable. — Caillot sanguin solide faisant saillie hors de l'extrémité évasée de chacune des trompes distendues par du sang. — Caillot sanguin contenu dans la cavité utérine.*

Le 12 novembre 1839, j'ai lu à la Société royale de médecine et de chirurgie une note dans laquelle j'ai donné des détails relatifs à un cas d'hémorrhagie utérine, dans lequel le sang s'était échappé à travers les trompes de Fallope (voy. *Lancet*, vol. I, 1839-40, p. 327). Comme ce titre a été regardé par quelques-uns comme incomplétement établi par les faits observés, j'ai cru convenable de le modifier, mais en faisant remarquer en même temps qu'il exprime l'opinion de tous ceux qui ont été à même de connaître exactement ce fait. Je pense que les détails de ce cas intéressant, qui n'ont été donnés dans aucun journal, ne sont pas sans importance pour la pratique.

Une jeune femme âgée de vingt-deux ans, devint enceinte pour la seconde fois, et avorta vers le sixième mois de la grossesse ; l'avortement fut accompagné d'une perte abondante, qui fut suivie d'une attaque de purpura, et amena une si extrême prostration, que toutes les tentatives faites pour ranimer la malade furent inutiles, et qu'elle mourut cinq jours après la fausse couche. Aucune note n'ayant été prise des symptômes, je ne puis les décrire avec exactitude, mais il est important de mentionner qu'il y eut une douleur violente dans l'abdomen et un vomissement excessif qui ne put être modéré.

La malade reçut les soins du docteur Miller, de M. Gibson (de Chemlsford) et de mon père. J'ai fait l'autopsie en leur présence.

La peau était abondamment marquée de taches de purpura de différentes grandeurs, et nombreuses, surtout à la face ; la muqueuse de l'estomac et des intestins en était partout couverte, et le péritoine et la plèvre en présentaient quelques-unes. Le cœur, les poumons et le foie paraissaient beaucoup plus pâles que de coutume, et semblaient presque exsangues. L'état de ces organes peut être considéré comme l'expression de l'état général de l'économie. Le

(1) William Frédérick Barlow, *Cas d'hémorrhagie utérine dans lequel le sang s'était échappé très probablement à travers la trompe de Fallope.* (*The London and Edinburgh monthly Journal*, 1841, p. 877.)

sang contenu dans le cœur était très diffluent, et l'on n'y découvrait aucune trace de coagulum.

Une grande quantité de sang était épanchée dans l'abdomen et le bassin ; la plus grande partie était coagulée, mais il y en avait une certaine quantité à l'état fluide. Aussi ne fut-il pas possible de soupçonner d'où s'était échappé le sang jusqu'à ce que le bassin eût été examiné, et que l'on eût vu un coagulum sanguin solide faisant saillie hors de l'extrémité évasée des trompes de Fallope, d'où il était évident qu'il avait été expulsé. Les trompes elles-mêmes étaient remplies de sang, qui les avait considérablement dilatées jusqu'à une petite distance de l'utérus, où ce conduit n'avait pu se prêter à une aussi grande distension.

M. C. Simpson, dans un dessin que je dois à son obligeance, a très habilement représenté la distension, l'état sinueux d'une des trompes, et l'apparence du caillot qui en sort. Ce caillot présente de remarquables étranglements qui lui donnent un aspect en quelque sorte lobulé, et qui ont été produits par la constriction exercée sur lui pendant son passage à travers la trompe. L'autre trompe, dont le dessin n'a pas été donné, offrait exactement le même aspect que celle qui est ici représentée.

T, trompe. — O, ovaire. — C, caillot sanguin.

La plus grande partie du sang qui a été trouvé s'est écoulée à travers les trompes de Fallope, probablement à l'état fluide, mais celui qui était en rapport avec leurs extrémités doit avoir été coagulé, ou à peu près, avant sa sortie de la trompe ; et cela n'est pas une simple conjecture, mais un fait établi par l'examen de la forme du caillot.

L'utérus était d'un volume plus petit qu'il ne l'est d'habitude une semaine après la délivrance. Sa cavité ne présentait rien de remarquable, si ce n'est un caillot sanguin qui occupait une partie de la cavité du col, et était situé en partie à son orifice. La portion embrassée par le col semblait avoir été comprimée et était de forme allongée.

Je dois indiquer à la suite de cette observation que M. Barlow a, dans de courtes réflexions, ajouté un argument à ceux qui se trouvent intercalés à sa description anatomique à l'appui de l'interprétation qu'il donnait et qui était contestée. Il a invoqué l'abondance de l'épanchement intra-pelvien pour prouver que l'hémorrhagie ne pouvait avoir eu pour point de départ, dans ce cas, la muqueuse tubaire, quoique, dit-il, les exhalations sanguines de la trompe soient fréquentes dans le purpura, et qu'une hémorrhagie de cette espèce eût pu, par conséquent, être considérée comme la cause de l'épanchement intra-pelvien (hématocèle d'aujourd'hui), si la quantité de sang tombé dans le péritoine n'eût été telle dans cette observation qu'il est inadmissible qu'elle ait pu, dit-il, être fournie par les trompes. J'ai dû rappeler cette réflexion, quoiqu'elle ne me paraisse en aucune façon convaincante, parce qu'elle contient, énoncé en 1841, le mode de formation des hématocèles formulé et discuté en 1855 par M. Fenerly, développé enfin à l'Institut, 17 mai 1858, par M. Puech qui en revendique la propriété, et contient en même temps l'objection capitale adressée par M. Nonat (1) à la théorie de M. Trousseau. Je ne m'arrêterai pas à discuter cette objection, qui ne me paraît pas avoir plus de valeur que l'objection tirée de l'exiguïté dans l'état physiologique de l'*ostium uterinum* invoquée contre le reflux du sang de l'utérus dans les trompes, parce que ni l'une ni l'autre ne tiennent compte que c'est dans l'état morbide que se produisent les hématocèles. Elles ne tiennent pas compte que les conditions pathologiques peuvent, comme dans l'observation de Brodie (2), amener une énorme dilatation de l'*ostium uterinum*, malgré les cils vibratiles qui le hérissent, et peuvent également permettre à des points très limités d'une muqueuse de fournir une énorme quantité de sang comme l'a indiqué M. Trousseau (3), en rappelant ce qu'on voit dans les épistaxis. Ce qui milite bien plus en faveur de l'interprétation de M. Barlow que cette objection théorique, c'est le rapprochement de ce fait des trois observations de MM. Hélie, Laboulbène et Proust que j'ai rapportées (4),

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 358.
(2) Obs. V, du mémoire précédent, p. 54.
(3) Trousseau, *loc. cit.*, p. 285.
(4) Obs. de M. Hélie, p. 25. — Obs. de M. Laboulbène, p. 26. — Obs. de M. Proust, p. 433.

dans lesquelles il a été pour ainsi dire possible de constater *de visu* la migration du sang dans les trompes, dont la muqueuse était parfaitement saine, tandis que certaines parties de la muqueuse utérine offraient des stigmates tellement caractéristiques du raptus hémorrhagique qu'il est permis d'assurer que l'utérus a été dans ces observations le point de départ du flux sanguin. Ce rapprochement est d'autant plus probant que ces trois observations ont été recueillies par trois observateurs différents, évidemment sans idée préconçue, à ce point même que M. Laboulbène n'a parlé de la métrorrhagie et du caillot tubaire que d'une manière incidente, et n'a pas pensé dans les réflexions, qui suivent son observation, à appeler l'attention sur les particularités si intéressantes qu'elle présente pour le point que je viens de discuter, et que j'ai assez discuté.

J'ai, en effet, à faire ressortir les autres analogies qui existent entre l'observation de M. Barlow et l'observation de M. Proust, et qui sont bien plus importantes que celles que je viens d'indiquer. Dans ces deux observations on voit survenir un avortement, au sixième mois de la grossesse et sous l'influence d'un purpura dans l'une, au cinquième mois et sous l'influence d'un ictère malin dans l'autre, et on voit dans ces deux observations à l'accouchement prématuré succéder une métrorrhagie abondante qui doit être, comme la fausse couche elle-même, considérée comme une manifestation symptomatique de la maladie, purpura dans l'une, ictère malin dans l'autre, à laquelle ces deux femmes étaient en proie et à laquelle elles ont succombé. Dans l'une de ces observations la malade meurt quelques heures après la métrorrhagie modérément abondante, sans qu'il y ait eu de signes d'un épanchement intra-abdominal que l'autopsie nous montre imminent, mais non effectué ; dans l'autre observation la vie se prolonge pendant cinq jours après l'avortement et avec elle la métrorrhagie. Dans celle-ci on trouve à l'autopsie un coagulum sanguin qui non-seulement occupe, comme dans la première, la cavité utérine et la moitié interne des trompes, mais remplit les oviductes tout entiers, vient faire saillie hors du pavillon, et par là se continue avec un épanchement intra-pelvien dont l'existence a été indiquée pendant les derniers jours de la vie par des symptômes assez tranchés. L'exposé sommaire de l'histoire de ces deux malades suffit pour démontrer la similitude presque complète de ces deux observations, qui représentent deux degrés différents d'une même

affection, mais survenant comme symptôme de deux maladies parfaitement distinctes, et dans des conditions telles, qu'il est impossible de rattacher l'hémorrhagie à la menstruation.

Le rapprochement de ces deux observations, dont l'une nous fait assister au premier stade de la migration du sang qui forme dans la trompe un caillot terminé par une extrémité effilée à la partie moyenne de cet organe, dont l'autre nous montre le second stade de cette migration, c'est-à-dire la réplétion de l'oviducte et la chute du sang dans le péritoine, établit qu'un fluxus pathologique limité à l'utérus, peut être cause d'hématocèle. La comparaison de ces deux faits, dans l'un desquels, terminé rapidement par la mort, le caillot tubaire n'occupait que la moitié interne des trompes, tandis que dans l'autre, où la mort n'est survenue que le cinquième jour après le début de la métrorrhagie, les trompes étaient non-seulement distendues par du sang, mais l'avaient laissé s'épancher dans le ventre, semble faire croire qu'il y a une corrélation entre l'étendue du parcours intratubaire du sang et la prolongation de la métrorrhagie qui parfois dure depuis très longtemps, avant la production l'épiphénomène hématocèle comme dans l'observation que j'ai placée en note (1).

---

(1) Obs. de M. Heurtaux, publiée dans la *Thèse de M. Voisin*, obs. XII, p. 116. Cette même observation a été reproduite par M. Oulmont, sous son nom, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. IV, p. 26 (avril 1859).

La nommée C..., couturière, âgée de trente-huit ans, née dans les Basses-Pyrénées, est accouchée au n° 11 de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Oulmont, où elle est entrée le 17 août 1857. Cette femme habite Paris depuis deux ans; elle a été réglée à quatorze ans sans accidents, et a eu un enfant il y a treize ans. Pas de maladie antérieure.

Elle est malade depuis deux mois et demi. Dix jours après une époque menstruelle cette femme a été prise, sans cause appréciable, d'une perte qui a persisté pendant une vingtaine de jours. Le sang expulsé était bien coloré, tantôt liquide, tantôt en caillots; ces derniers étaient souvent expulsés après des coliques utérines bien caractérisées. *Vers le vingtième jour il est survenu des douleurs dans la région hypogastrique*, elles étaient si vives que la malade se tordait sur son lit; elle n'a eu à ce moment ni frissons, ni vomissements, ni céphalalgie, ni fièvre. Deux jours après, la malade s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le bas-ventre. Cette tumeur était moins grosse qu'elle ne l'est actuellement. Pendant quelques jours la malade a éprouvé des frissons irréguliers, suivis de chaleur et d'agitation. Le médecin, appelé, a conseillé une application de sangsues à l'hypogastre et des cataplasmes. La perte s'est arrêtée, mais pour quelques jours seulement, et depuis un mois et demi elle est revenue, moins abondante il est vrai, mais encore assez considérable. La malade a gardé le lit sans interruption depuis ce temps.

Affaiblissement, maigreur, pâleur très marquée, battements du cœur et oppression au moindre mouvement; pas de vertiges ni de sifflements d'oreille, pas d'œdème; peu d'ap-

Dans les deux faits que nous rapprochons l'un de l'autre, c'est-à-dire dans les observations de M. Barlow et de M. Proust existe encore une

---

pétit depuis un mois, pas de vomissements, constipation habituelle; miction fréquente et difficile. Depuis une dizaine de jours le sang perdu par la malade est très pâle. Au début de cette deuxième perte il était bien coloré.

État actuel. — Faiblesse, maigreur; teint pâle, muqueuses peu colorées; pouls assez faible, 68 pulsations. Ventre arrondi assez douloureux à la pression. Quand on palpe l'abdomen on a tout à fait la sensation de deux tumeurs. L'une, située à gauche, s'étend jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, elle plonge par son extrémité inférieure dans le bassin et se continue au niveau de l'utérus avec celle du côté opposé, son bord gauche repose sur la fosse iliaque, son bord droit interne est un peu concave, assez mince dans toute son étendue. Cette tumeur offre une dureté considérable, comparable à celle d'un cartilage. L'autre tumeur, située du côté droit, offre une forme analogue à la précédente et affecte une disposition à peu près semblable; seulement elle est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs de l'hypogastre donnent à la percussion une matité absolue. Au toucher vaginal on trouve une tumeur ronde, médiocrement dure, faisant saillir la partie postérieure du vagin et oblitérant presque ce conduit; le col de l'utérus est très fortement rejeté en avant et en haut, immédiatement derrière la partie la plus élevée de la symphyse pubienne; le col est sain, il est entre-ouvert.

Le 18 août. — Tisane de gomme; huile de ricin, 30 grammes; frictions avec onguent belladoné sur le ventre; cataplasmes, une pilule d'opium.

Le 23. — Fourmillements aux membres inférieurs : 12 sangsues à l'hypogastre.

Le 24. — La malade se trouve soulagée par les sangsues qui ont bien saigné.

Le 26. — Douleurs encore vives au niveau de la fosse iliaque droite : dix sangsues à ce niveau; cataplasmes.

Époque menstruelle. — Le flux cataménial ne paraît pas.

Le 28. — Constipation depuis deux jours. Bains, lavements huileux.

Le 29. — La malade a éprouvé hier d'assez grandes douleurs abdominales, avec envie d'aller à la selle, mais elle n'a pas rendu de matières. Ce matin ces douleurs sont moins fortes : 30 grammes d'huile de ricin.

Le 30. — Œdème prononcé du membre inférieur gauche, de la jambe surtout, la jambe droite est moins tuméfiée. La purgation a produit plusieurs garderobes abondantes. Il semble que les deux lobes de la tumeur, sensibles à la pression abdominale, ont diminué de volume; la malade urine bien.

Le 2 septembre. — La tumeur a diminué de volume d'une manière sensible, surtout à droite, où la pression de l'abdomen ne détermine aucune douleur; la tumeur gauche est dans le même état; elle est encore le siége de douleurs assez vives : dix sangsues sur la fosse iliaque gauche.

Le 3. — Pas de pertes sanguines utérines depuis que la malade est dans le service; la teinte anémique est prononcée; le ventre n'est pas souple, mais la tumeur semble avoir diminué; les sangsues ont peu saigné, le sang était pâle.

Le 4. — La tumeur vaginale n'est pas aussi pâteuse que dans les premiers jours; sa consistance est à peu près uniforme partout.

Le 5. — Hier, quatre selles diarrhéiques.

Le 8. — Engourdissement et fourmillement dans tout le membre inférieur gauche avec sensation de froid; l'œdème y a diminué. Ventre douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche; le membre droit n'a rien. Toujours onguent belladoné et cataplasmes. Fer réduit par l'hydrogène 0,30.

particularité éminemment intéressante, c'est que la métrorrhagie à laquelle était liée, dans ces deux faits, la présence d'un caillot san-

---

Le 10. — Nausées ; un peu de dévoiement ; pas de fièvre, aspect de la langue normal.

Le 11. — Diarrhée légère ; la douleur de la fosse iliaque gauche persiste toujours, mais la tumeur diminue sensiblement ; œdème persistant de la jambe gauche.

Le 13. — La diarrhée persiste. On ordonne un lavement laudanisé.

Le 14. — Par le toucher vaginal on trouve toujours la tumeur aussi volumineuse, mais elle est plus molle et presque fluctuante ; l'utérus est toujours fortement appliqué contre le pubis.

Le 15. — Toujours diarrhée ; douleurs abdominales ; pas de fièvre.

Le 16. — Bruit de souffle carotidien assez fort. Bain ; cataplasmes ; fer réduit.

Le 17. — La malade souffre moins quand elle est couchée sur le côté gauche que sur le côté droit.

Le 18. — La tumeur de la fosse iliaque a sensiblement diminué ; elle est maintenant plus arrondie, moins étendue en haut ; le ventre est assez flasque, pas de diarrhée depuis hier, pas de fièvre. On continue les frictions d'onguent mercuriel ; un quart de lavement avec six gouttes de laudanum.

Le 21. — Diarrhée très forte hier ; les matières évacuées consistent en un mélange glaireux ne contenant pas de sang, rendu avec ténesme très prononcé. Deux quarts de lavements, contenant huit gouttes de laudanum ; julep avec 5 grammes de sous-nitrate de bismuth ; frictions mercurielles, décoction blanche ; bouillons et potages.

Le 22. — La malade est très faible. Hier, deux selles liquides. Même traitement.

Le 23. — La tumeur que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche a disparu à peu près complétement ; on ne sent plus qu'un empâtement profond ; selles abondantes et diarrhéiques, glaireuses, rendues avec ténesme et contenant une petite quantité de sang peu altéré : la peau est de température naturelle ; pouls sans fréquence anormale ; langue un peu blanchâtre. Par le toucher vaginal on constate que la tumeur, qui faisait une saillie énorme dans le vagin, a disparu et n'a laissé qu'un noyau dur à gauche et en arrière du col.

Le 27. — Pouls à 104 ; plusieurs selles liquides depuis le matin ; elles contiennent peu de sang ; la sortie des matières est involontaire. Julep avec 4 grammes d'extrait de ratanhia. Deux quarts de lavements laudanisés.

Le 28. — La malade n'a eu qu'une seule selle depuis hier matin. Potages.

Le 29. — Deux selles liquides depuis hier soir, elles sont simplement glaireuses.

Le 1er octobre. — Deux selles liquides depuis ce matin ; les coliques ne sont pas violentes. Lavement au tannin.

Le 2. — Rien de nouveau. Potages ; un œuf.

Le 3. — Toute diarrhée est suspendue ; les tumeurs que l'on sentait par le palper abdominal n'existent plus ; langue presque naturelle ; un peu d'appétit. Une côtelette.

Le 6. — La malade est dans un état de faiblesse considérable ; elle accuse une douleur vive à la fesse gauche ; cette région est dure, rouge, tuméfiée, très douloureuse à la pression.

Le 7. — La tuméfaction de la fesse n'a pas sensiblement changé ; peu de fièvre. Bain ; cataplasmes.

Le 8. — La diarrhée est revenue ; quatre selles liquides ; le phlegmon que nous avons signalé à la région de l'ischion ne présente pas de fluctuation ; cette région est rouge, douloureuse, dure, les grandes lèvres sont œdématiées. Un quart de lavement contenant

guin dans les trompes, et à laquelle était liée, dans l'une d'elles seulement, l'existence d'une hématocèle, s'est manifestée après un avor-

---

tannin 1 gramme, laudanum huit gouttes ; cataplasmes ; potion contenant ratanhia 1 gramme et laudanum 15 gouttes ; eau de riz. Diète.

Le 9. — La malade passe dans le service de chirurgie.

Le 10. — M. Chassaignac ouvre largement le phlegmon diffus de la fesse ; le rectum, écollé dans une vaste étendue, est lui-même incisé du côté de la fesse gauche ; il sort par les ouvertures une quantité considérable de pus et des lambeaux de tissu cellulaire p hacélé. On s'assure alors que la suppuration a envahi les couches celluleuses intermédiaires aux fessiers. Dans la journée, injection d'eau simple dans le foyer.

Les jours suivants mêmes injections. De nouveaux lambeaux celluleux sortent par la plaie. La malade présente encore quelques selles dysentériques.

Le foyer purulent donne lieu à une suppuration d'une abondance excessive ; bientôt, malgré les injections détersives pratiquées dans la plaie, la malade s'affaiblit de plus en plus, la fièvre hectique survient, accompagnée de sueurs visqueuses et de diarrhée colliquative ; enfin la mort arrive le 20 octobre.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Température froide et humide. Rien de remarquable à l'extérieur du cadavre : ventre peu volumineux ; à la palpation on ne sent plus aucun vestige de la tumeur rétro-utérine.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne une bride qui s'étend presque directement d'avant en arrière. Cette bride est de consistance celluleuse, grosse comme une tige de plume, aussi lisse à sa surface que si elle était recouverte par le péritoine ; en avant elle s'attache à la paroi antérieure de l'abdomen, un peu à droite de la ligne médiane, à la hauteur indiquée plus haut ; de là elle se dirige en arrière, de manière à passer juste au sommet de l'angle formé par la réunion de l'iléon au cæcum ; son extrémité postérieure s'unit fortement au bord adhérent du mésentère, tout à fait à la partie inférieure de ce repli.

En jetant les yeux sur la cavité pelvienne, voici ce que l'on observe : à la partie antérieure, on voit la vessie, contenant environ 250 à 300 grammes de liquide ; elle s'élève notablement au-dessus du pubis. Derrière la vessie, se trouve l'utérus dont la direction est modifiée ; le diamètre transversal est tellement oblique que son extrémité gauche répondrait au fond de la cavité cotyloïde, en même temps l'axe longitudinal de l'utérus est un peu oblique en bas et à gauche. Du reste, cet organe a ses dimensions à peu près normales : hauteur 0,075, largeur au niveau des trompes 0,063 ; diamètre antéro-postérieur au point le plus épais 0,04. En arrière de l'utérus des adhérences sont établies entre la partie postérieure et supérieure de cet organe, le rectum et l'extrémité inférieure de l'S iliaque supérieur, la demi-circonférence postérieure du détroit du bassin et une anse de l'intestin grêle située à droite du rectum. Ces adhérences sont celluleuses, assez lâches ; en détruisant celles que l'utérus a contractées avec l'anse de l'intestin grêle, on pénètre dans une cavité rétro-utérine, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Vers l'angle gauche de l'utérus il existe une petite tumeur grosse comme une petite noix, rénitente, ovoïde, dirigée d'avant en arrière. Par son extrémité antérieure et interne elle se continue avec la trompe, son extrémité postérieure se perd au milieu de nombreuses adhérences celluleuses rétro-utérines.

En incisant l'utérus par la face antérieure, lorsqu'on l'a divisé dans toute son épaisseur, on arrive dans la cavité rétro-utérine signalée plus haut. Cette cavité a évidemment pour limite inférieure le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine ; en haut elle est circonscrite par les nombreuses adhérences que nous avons déjà indiquées. Cette cavité a une capacité

tement symptomatique lui-même, dans ces deux cas, de la maladie à laquelle ces deux femmes ont succombé. Cette particularité, sur

---

assez considérable, on peut y reconnaître trois culs-de-sac principaux, sortes de diverticules répondant aux saillies que la tumeur faisait soit vers le vagin, soit du côté des deux fosses iliaques. Lorsqu'un doigt est introduit dans le cul-de-sac inférieur, si l'on place un autre doigt dans le vagin, on sent qu'il n'existe entre les deux que l'épaisseur des tuniques du vagin. En haut et à droite le cul-de-sac est peu étendu, il se dirige obliquement à droite de l'angle sacro-vertébral. A gauche le cul-de-sac postérieur est beaucoup plus prononcé, il suit précisément la direction du côté gauche du mésorectum qui le limite en dedans. La surface interne de cette cavité anfractueuse est unie, lisse; on y trouve partout quelques cloisons dirigées d'avant en arrière. Dans cette cavité se trouvaient quelques grammes d'un liquide d'un gris noirâtre, comparable à de la suie délayée, dans lequel le microscope a fait constater les éléments du sang altéré....

En incisant la petite tumeur que nous avons signalée près de l'extrémité gauche de l'utérus, on y trouve une cavité ovalaire pouvant permettre aisément l'introduction du doigt et contenant un liquide noirâtre, analogue à celui qui se trouvait dans la poche rétro-utérine. La partie antérieure et interne de cette loge se rétrécit en entonnoir; en y introduisant avec précaution une soie de sanglier, on pénètre sans aucune difficulté dans la cavité utérine, au niveau de l'angle même de cette cavité. La loge, dont nous avons parlé, constituée par une dilatation de la trompe, communique donc librement avec l'utérus. En recherchant ce qu'est devenu le pavillon de cette trompe, il est impossible de retrouver cette partie de l'organe, les adhérences celluleuses ne permettent pas de le reconnaître. Mais, si l'on passe un stylet vers l'extrémité postérieure de la dilatation, après un trajet curviligne en bas et en dehors, on pénètre dans la loge rétro-utérine.

On éprouve un peu plus de difficulté pour trouver la trompe droite ; cependant, en disséquant les adhérences établies de ce côté, on reconnaît bientôt que cet organe se dirige obliquement en bas, en arrière et en dehors, en décrivant une courbe à convexité externe et supérieure. En l'incisant dans le sens de sa longueur on trouve sa cavité dilatée, mais à un degré moindre que celle de la trompe gauche. Par son extrémité externe, elle communique toujours avec l'utérus. Le pavillon, méconnaissable au milieu des nombreuses adhérences celluleuses, s'ouvre dans le kyste rétro-utérin, comme celui de la trompe gauche, mais seulement à la partie inférieure de la cavité, grâce à une cloison antéro-postérieure et verticale qui divise, dans presque toute sa hauteur, la loge rétro-utérine en deux cavités secondaires et parallèles. Ces deux dernières, sont donc tout à fait comparables aux deux branches d'un tube en U réunies à leur extrémité inférieure, elles sont distinctes dans le reste de leur étendue, mais la branche qui répond à la trompe droite est beaucoup moins vaste que l'autre.

Au milieu des adhérences qui existent à la partie postérieure gauche, on rencontre un épaississement dans lequel on croit reconnaître l'ovaire aplati et induré. Quant à l'ovaire droit, il a été impossible de le trouver.

Le foyer du phlegmon de la fesse était tout à fait distinct du kyste rétro-utérin, ce dernier ne communiquant pas non plus avec le rectum ; il existe partout entre ces deux cavités une épaisseur de tissu considérable. Dans la moitié inférieure du rectum, on voit des ulcérations dysentériques superficielles en voie de réparation, avec injection fine et teinte ardoisée ; ces pertes de substances n'intéressent que la muqueuse. L'extrémité inférieure du rectum est décollée, dépourvue de tissu cellulaire périphérique au niveau du phlegmon de la fesse gauche.

On ne trouve rien de remarquable dans les autres organes.

laquelle je dois tout particulièrement appeler l'attention, parce qu'elle empêche de rattacher à la menstruation la production de l'hématocèle qui existait dans l'observation de M. Barlow, met hors de cause toutes les théories cataméniales qui se trouvent toutes également inhabiles à expliquer dans ce cas la genèse de l'épanchement intra-pelvien. Elle oblige dès lors de rattacher purement et simplement l'hématocèle à la distension tubaire, à considérer l'épanchement sanguin intra-pelvien comme le résultat accidentel de la réplétion excessive que les trompes avaient subie, et de la réaction de ces organes sur le liquide qui les irritait par sa présence anormale, ce dont la figure que j'ai reproduite donne une idée parfaitement convaincante.

J'insiste tout particulièrement sur ces deux observations, dont on peut rapprocher l'observation de M. Laboulbène, dans laquelle la tubo-métrorrhagie varioleuse s'est manifestée quinze jours après l'époque menstruelle, parce qu'elles établissent toutes trois que, dans l'espèce d'hématocèles que nous étudions, c'est l'hémorrhagie dont les organes génitaux sont le siége, sous quelque influence pathologique que ce soit, qui est la cause procréatrice, prochaine, de l'épanchement sanguin intra-péritonéal et non la menstruation. Elles établissent que, dans ni l'un ni l'autre de ces trois cas, le travail cataménial n'a pu avoir aucune influence sur le développement de l'hématocèle effectuée dans l'un, imminente dans les deux autres. Ces trois faits réduisent donc le rôle de la menstruation, comme du reste celui de la grossesse dans les deux observations de M. Barlow et de M. Proust, à n'être dans les hématocèles métrorrhagiques qu'une cause secondaire, qui appelle sur les organes génitaux la détermination hémorrhagique qu'a fait naître la maladie variole, rougeole, scarlatine, purpura, ictère malin, etc., qui est la cause primordiale. Ces trois faits infirment par conséquent la justesse de la dénomination d'hématocèle cataméniale que M. Trousseau a donnée spécialement à l'espèce que nous étudions, et par laquelle il voulait indiquer que la genèse des épanchements sanguins, qui apparaissent comme épiphénomène accidentel des métrorrhagies, est intimement liée à la menstruation. Je ne nie pas, il est même incontestable, que ces hématocèles, comme les pertes et en particulier comme les pertes symptomatiques d'une diathèse hémorrhagique, ne soient plus fréquentes aux époques menstruelles qu'à toute autre, mais

cette fréquence n'établit pas que le travail physiologique qui favorise leur production, qui agit comme cause déterminante, en soit la cause procréatrice et que la menstruation soit une prédisposition, une maladie toujours en puissance qui, *sponte sua*, pourra, à un jour indéterminé, donner lieu à une hématocèle. Les récidives de cette affection, quand elles seraient communes et elles sont rares (1), n'autoriseraient pas, comme je l'ai dit plus haut, cette conclusion.

J'admets cependant que ces hématocèles sont dans un grand nombre de cas, comme l'a indiqué M. Trousseau, et c'est ce que je trouve d'excessivement remarquable dans sa leçon, le résultat d'une prédisposition qu'il compare à la goutte ou au rhumatisme, et sont par conséquent, comme du reste grand nombre de métrorrhagies, dont les épanchements sanguins que nous étudions constituent simplement un accident exceptionnel, le résultat d'une maladie, tantôt en puissance, tantôt en action. Mais l'admission de ce fait n'oblige pas de considérer cette prédisposition très différente dans les diverses hématocèles métrorrhagiques comme une maladie spéciale, inconnue jusqu'à nos jours, méritant dans le cadre nosologique une place distincte et le nom d'hématocèle essentielle. Pour moi, il n'y a pas plus d'hématocèle cataméniale essentielle qu'il n'y a de métrorrhagie essentielle, quoique la récidive des pertes à l'époque des règles soit fréquente, car si la répétition sans cause accidentelle chez un même malade d'un même acte pathologique révèle l'existence d'une maladie, tantôt en puissance, tantôt en action, cette répétition n'emporte pas la nécessité de faire une maladie spéciale du signe apparent de la phase d'activité. Cette nécessité n'existe pas surtout lorsque le signe de cette phase d'activité peut, comme la métrorrhagie, être rapporté dans un grand nombre de cas chez les jeunes femmes à des maladies qui ont comme la chlorose ou l'anémie pour caractères propres d'offrir des alternances dans leurs manifestations. Il m'a semblé que dans ces circonstances on ne devait pas s'arrêter à la menstruation qui est seulement la cause déterminante, qu'il fallait rechercher le chaînon supérieur, la maladie qui est la cause de la perversion de l'exhalation sanguine. Je

(1) Sous ce rapport l'observation la plus probante est celle que M. Voisin (*Traité de l'hématocèle*, p. 242) inscrit sous le nom de M. Dufraigne, sans indication bibliographique. Je l'ai lue. Cette observation a été recueillie dans le service de M. Huguier, qui ne l'a pas publiée, du moins à ma connaissance, ce qui fait que je ne la rapporte point.

vois dans celle-ci la prédisposition à laquelle M. le professeur Trousseau a attaché, avec tant de raison, une importance capitale surtout au point de vue thérapeutique, et que je n'ai pas cessé de faire ressortir dans tout le cours de ce mémoire.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, malgré la longue discussion à laquelle je viens de me laisser aller, il n'y a pas cependant une énorme différence entre l'opinion de M. Trousseau et celle que je développe. Aussi j'espère, parce que je le désire vivement, que M. Trousseau voudra bien admettre les raisons que je viens d'exposer et dont l'admission lui eût peut-être permis, à propos de la malade, qui a été l'heureux prétexte de sa leçon, d'approprier aux hématocèles métrorrhagiques les judicieuses considérations qu'il a présentées sur les métrorrhagies chlorotiques dans son article sur la médication ferrugineuse (1) et qui sont applicables à une des variétés d'hématocèles métrorrhagies comme nous le verrons plus loin. Il y a, ou du moins il me semble y avoir, une bien moins grande différence encore entre mon opinion et celle de M. Puech, ou plutôt entre mon opinion et l'idée abstraite qui me paraît avoir servi d'inspiration à son chapitre sur les hématocèles tubaires, mais qu'il n'a formulée nettement dans aucun passage de son travail; j'ai pris le soin d'ajouter toutes ces restrictions pour me mettre, si je n'ai pas bien compris le travail de M. Puech, dont la lecture est assez difficile, à l'abri d'une réclamation semblable à celle qu'il a adressée à M. Trousseau (2). Pour éviter toute réclamation de la part de M. Puech qui en est assez prodigue (3), et pour qu'il ne m'accuse point d'avoir en son nom tiré de ce chapitre une conclusion qu'il répudie ou d'avoir substitué mes opinions personnelles à ses convictions, je renvoie à son travail ceux qui désireront étudier laborieusement ses opinions sur les hématocèles tubaires (4).

Je reviens aux hématocèles métrorrhagiques symptomatiques des pyrexies sur lesquelles j'ai longuement insisté, quoiqu'elles n'aient qu'une importance pratique assez restreinte, puisque la connaissance, comme je l'ai dit, du développement d'une hématocèle dans ces cir-

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*.

(2) A. Puech, *loc. cit.*, p. 70.

(3) A. Puech, *Gazette des hôpitaux*, 3 juillet 1860. Réclamation à propos de l'ouvrage de M. Aran, auquel il reproche de n'avoir pas lu les vingt dernières pages de son mémoire.

(4) A. Puech, *De l'hématocèle*, chap. v, p. 47 et suiv. Montpellier, 1858.

mariée, âgée de trente-trois ans; elle fit une fausse couche, et deux jours après celle-ci un effort. Au bout de six semaines l'écoulement sanguin qui n'avait pas cessé depuis la couche, s'accrut considérablement et continua pendant douze semaines. Au bout de ces douze semaines on découvrit au toucher une tumeur rétro-utérine du volume d'une pomme. Une ponction fut faite alors et donna issue à un liquide d'un rouge foncé. Ce liquide s'écoula pendant trois semaines, et cet écoulement fut suivi d'une complète disparition de l'hématocèle.

Le laconisme de cette observation empêche de la commenter, et empêche en particulier de déterminer si, dans ce fait, la métrorrhagie doit être attribuée à la forme de la puerpéralité elle-même, ou si elle était au contraire symptomatique d'un travail inflammatoire qui aurait débuté deux jours après l'accouchement sous l'influence de l'effort que M. West a pris soin de noter d'une manière toute particulière, et qui aurait troublé les suites de couches. Il est impossible, en l'absence de renseignements circonstanciés, de déterminer si c'est l'effort qui a amené, comme conséquence secondaire, la prolongation et l'exubérance des lochies, si fréquentes dans les pelvi-péritonites puerpérales, et, comme conséquence éloignée, l'hématocèle épiphénomène accidentel de la perte. Quoique cette dernière interprétation paraisse la plus probable, à cause de l'époque à laquelle est survenue l'augmentation de la métrorrhagie, je ne m'arrêterai pas à cette question, non-seulement parce que l'observation précédente ne contient pas les éléments nécessaires pour la résoudre, mais aussi parce que cela exigerait que j'expose mes opinions sur la puerpéralité qui se trouveront bien mieux placées dans le mémoire consacré à la pelvi-péritonite. Il me suffit ici où je dois chercher à démontrer que l'hématocèle n'est pas une maladie, et qu'il n'y a pas une corrélation nécessaire entre la production de ces épanchements sanguins et la menstruation de faire remarquer que cette observation, quelque interprétation qu'on lui donne, vient contredire l'assertion contenue dans la théorie de M. Laugier, indiquant que des avortements ne peuvent être cause d'hématocèle, et de faire remarquer surtout que l'épanchement sanguin ne semble pouvoir, en aucune façon, être rattaché au travail menstruel ou ne pourrait l'être que d'une manière très indirecte. En effet, quand même on invoquerait à l'appui de cette opinion que c'est six semaines après l'accouchement, c'est-à-dire à l'époque habituelle du retour de la fonction catamé-

niale, qu'est survenue l'augmentation de l'écoulement sanguin qui persistait depuis les couches, le molimen menstruel ne pourrait encore être considéré alors que comme une cause adjuvante, déterminante seulement de l'augmentation subite qu'a présentée le flux sanguin. La persistance et l'exubérance morbide de ce flux antérieur à cette époque de retour de la menstruation ne pourraient être rapportées à cette cause et devraient être attribuées soit à la forme hémorrhagique de la puerpéralité elle-même, soit à l'affection d'un quelconque des organes génitaux qui a été le résultat de la perturbation de la fonction pathologique produite par l'effet. Mais, comme je l'ai dit, il est impossible en l'absence de renseignements circonstanciés qui manquent dans ce fait, de donner à l'hématocèle cette dernière filiation et de faire servir cette observation de chaînon intermédiaire entre les faits de la première variété dans lesquels la métrorrhagie qui a fait naître l'hématocèle est le résultat d'une aptitude hémorrhagique transitoire, et ceux de la troisième variété dont j'ai à parler dans lesquels la métrorrhagie doit être attribuée à une influence locale, à une épine pathologique ayant pour siége l'un quelconque des organes génitaux.

§ 3. — Cette troisième variété des hématocèles métrorrhagiques est ou du moins paraît être, quand on tient compte des circonstances, avortements, suites de couches, après lesquelles s'est manifestée dans un assez grand nombre d'observations la succession des métrorrhagies qui ont précédé la perte dans laquelle s'est produite l'hématocèle, une des variétés les plus nombreuses. Cette fréquence se conçoit, du reste, facilement, puisqu'elle est corrélative à la fréquence comparativement très considérable chez les jeunes femmes, des pertes symptomatiques des prétendus phlegmons ou des stigmates des phlegmons péri-utérins que M. Nonat a considérées, à juste titre, comme l'affection génitale la plus importante, parce que la connaissance de cette affection domine la gynécologie tout entière, je le répète après lui malgré les critiques qu'on lui a faites à ce sujet. Malheureusement, malgré tous les efforts de M. Nonat et malgré les miens propres, le diagnostic différentiel de l'affection complexe, appelé phlegmon par M. Nonat et que je désigne sous le nom de pelvi-péritonite, et de la variété des hématocèles métrorrhagiques que nous étudions, présente de telles difficultés qu'il est impossible à la lecture d'un certain nombre d'observations d'affirmer que le titre d'hématocèles

qu'on leur a donné est légitime. On est dès lors obligé, pour tracer avec certitude la description de cette variété d'hématocèle, de n'accepter comme irrécusables que les faits dans lesquels il y a eu une évacuation soit spontanée, soit artificielle de la tumeur rétro-utérine qui a permis de constater *de visu* qu'elle était constituée par du sang; cette sévérité qu'on doit avoir pour les observations des autres oblige de l'avoir pour les siennes propres. Il résulte de là et de l'impossibilité de pouvoir dans les autopsies discerner avec certitude, si les lésions génitales qu'on constate doivent être attribuées à l'hématocèle, ou être au contraire considérées comme antécédentes à celles-ci et avoir été la cause de la métrorrhagie qui fait naître l'épanchement sanguin, qu'on se trouve infiniment pauvre au milieu d'une apparente richesse. Cependant je crois que les deux observations que je vais rapporter, bien qu'elles soient insuffisantes à résoudre toutes les questions qui se rattachent à cette variété très intéressante des hématocèles, paraîtront assez concluantes pour mettre hors de contestation du moins l'individualité de cette variété.

OBSERVATION XIV (1). — *Avortement à deux mois de grossesse. — Huit jours après l'avortement début des douleurs abdominales. — Un mois après exacerbation des accidents qui persiste jusqu'au moment de l'entrée de la malade où l'on constate cinq semaines après la fausse couche l'existence de tumeur sanguine, située dans le cul-de-sac utéro-rectal. — Incision de la tumeur par le vagin. — Guérison.*

Rose G..., âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 21, service de M. Beau, le 13 octobre 1848; elle est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin. Elle fut réglée à quinze ans; les menstrues venaient régulièrement; jamais elle n'a eu de pertes ni d'écoulement; elle a eu quatre enfants; les couches et la grossesse ont eu lieu sans accidents. Il y a six semaines, elle fit une fausse couche de deux mois; depuis elle n'a pas eu ses règles. Il y a cinq semaines, elle ressentit de vives douleurs dans les reins, élancements dans les cuisses et les jambes, pesanteur sur le fondement, défécation douloureuse. Elle prit un purgatif, fit des frictions sur le ventre avec un liniment huileux; puis, quelques jours après, on lui appliqua en ville un vésicatoire sur l'abdomen. Depuis huit jours, elle éprouve tous les soirs des frissons, accompagnés de coliques et de nausées.

(1) Viguès, *Thèse inaug.*, p. 49. Paris, 1850.

Voici quel est son état à son entrée : facies injecté, pouls fréquent, langue blanche, anorexie, soif vive, nausées, ventre douloureux à la pression, tendu, un peu ballonné ; défécation presque impossible ; douleurs lancinantes dans le bas-ventre et les aines ; douleur obtuse, très pénible sur le fondement ; elle ne peut aller à la selle sans lavement ; pas d'écoulement par le vagin. Le toucher vaginal fait découvrir une tumeur fluctuante, située dans le cul-de-sac utéro-rectal, sur la ligne médiane ; elle a le volume d'une bille de billard ; elle est peu mobile, peu douloureuse à la pression. Le toucher par le rectum montre qu'elle accole la paroi antérieure de cet organe contre la postérieure ; le doigt ne franchit qu'avec peine ce rétrécissement, et en faisant éprouver de vives douleurs ; il est impossible d'atteindre la limite supérieure de la tumeur. L'index introduit dans le rectum et le pouce dans le vagin, et pressant avec ces doigts, il n'y a plus de doute sur l'existence d'un liquide dans la tumeur. Le col de l'utérus est porté en haut, accolé à la symphyse du pubis ; le doigt l'atteint difficilement ; il est placé sur la ligne médiane ; il est impossible de savoir si le corps de l'utérus a subi quelque déplacement ; le ventre est trop douloureux pour pratiquer le palper hypogastrique ; il n'existe pas de matité à une percussion superficielle, légère. (15 grammes d'huile de ricin.)

Le soir, le 14, la malade est touchée de nouveau ; on croit à un abcès. En pressant sur la paroi abdominale, un peu au-dessus du pubis, le doigt introduit dans le vagin soulevant la tumeur, il m'a semblé percevoir de la fluctuation. Il n'y a eu d'évacuation d'aucune nature. Le lendemain, le ventre est très ballonné, douloureux ; coliques violentes, presque continuelles, nausées, soif vive. Les vomissements ont commencé hier ; pouls à 96. (Catapl. laud. ; Seltz.)

Le 17, même état. Vers deux heures, les douleurs deviennent plus violentes dans l'abdomen ; pouls petit, fréquent, 118 ; sueurs visqueuses ; douleurs déchirantes dans le bas-ventre. On fait une ponction à la tumeur par le vagin : il s'écoule alors en nappe près d'un litre de sang liquide, noir, visqueux : lorsque l'écoulement eut cessé, le doigt introduit dans le vagin, on trouva dans la cavité de la tumeur une verrée environ de caillots sanguins, fibrineux, plus ou moins consistants. La tumeur avait diminué de plus de moitié ; le col de l'utérus ne se trouvait plus pressé contre la symphyse du pubis, car on passait très facilement le doigt entre la lèvre antérieure du col et le pubis. On ne sentait presque plus la tumeur par le vagin ; le doigt porté dans le rectum peut être introduit en arrière de la tumeur, mais elle fait encore une saillie considérable. La malade fut immédiatement soulagée après l'opération ; les symptômes alarmants disparurent. (Ricin, 30 grammes ; lavement.)

Le 18. — La malade a dormi pendant six heures environ, le ventre est moins tendu, moins douloureux ; évacuation considérable de gaz par l'intestin, deux selles très abondantes, plus de nausées ni de vomissements ; pouls développé, mou, dépressible, 100 pulsations. Les alèzes contiennent environ

200 grammes de sang paraissant coagulé depuis quelque temps ; quelques caillots sont composés de fibrine, et en apparence organisés.

Les jours suivants, la malade rend encore quelques caillots à l'aide d'injections pratiquées dans la poche, mais ils ne tardent pas à se putréfier et à rendre une odeur fétide. L'état général continue à s'améliorer ; elle sort le 26 novembre, parfaitement rétablie. Le col de l'utérus a repris sa position normale ; son corps est mobile, sans adhérence avec les parties voisines ; il n'est pas douloureux au toucher. Les règles ont reparu le 8 novembre, elles ont duré deux jours ; leur écoulement a été normal, sans douleur, composé de sang liquide. On sent encore au fond du vagin une petite tumeur du volume d'une noix, dure, indépendante de l'utérus, indolente. La malade a été revue six mois après l'opération, sa santé ne s'est pas de nouveau dérangée, la menstruation a été depuis régulière et normale ; à cette époque on sentait encore dans le vagin, au lieu où existait la tumeur, un petit noyau dur. Au bout d'un an, la malade revint encore à l'hôpital ; sa santé avait continué d'être excellente ; elle n'a éprouvé depuis l'opération aucun symptôme du côté de l'abdomen.

OBSERVATION XV (1). — *Accouchement modérément laborieux. — Depuis cette époque ménorrhagies telles que la malade reste à peine huit jours sans écoulement sanguin. — Douleurs pelviennes. — Le quatorzième jour d'une de ces ménorrhagies, cessation de l'écoulement, douleurs abdominales très vives qui forcent la malade à garder le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital qui a lieu un mois après le début de la ménorrhagie. — Douze jours après le début des douleurs péritonéales, constatation d'une hématocèle très considérable. — Ponction. — Trois semaines après celle-ci, évacuation sanguine très abondante par le vagin. — Ultérieurement nouvelles évacuations sanguine et purulente. — Guérison de l'hématocèle, mais persistance des ménorrhagies.*

Hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Nélaton, au n° 3 de la salles des femmes, est couchée la nommée L..., âgée de trente et un ans, couturière.

Cette femme nous raconte que la menstruation est survenue chez elle à l'âge de treize ans. Rien de particulier ne s'est manifesté à cette époque. Elle s'est mariée à quinze ans ; à seize ans et demi elle accoucha d'un enfant à terme ; le travail dura huit heures. Depuis ce premier accouchement il n'est pas survenu de grossesse nouvelle. Cependant la menstruation s'est modifiée après cette couche ; auparavant, les règles duraient huit jours, et la quantité du sang était notable, mais *depuis l'écoulement s'est montré beaucoup*

(1) Voisin, *Thèse citée*, obs. VII, p. 94.

plus abondant ; si bien que, entre chaque période, la malade remarque à peine huit jours d'intervalle. Elle a noté, en outre, que ses pertes étaient accompagnées d'une douleur continue au côté droit du ventre, douleur cessant avec les règles. De temps en temps la malade a perdu des caillots de sang.

Il y a trois semaines, sans cause connue, pendant l'époque menstruelle la malade a ressenti une douleur très vive dans le côté droit du ventre. Dans la même journée, elle a perdu des caillots de sang comme elle en perdait du reste quelquefois. Ses règles ont duré douze jours. En même temps elle ressentit des douleurs, elle toucha son ventre et constata dans la partie hypogastrique droite une tumeur. Elle a continué cependant à vaquer à ses affaires, n'a eu ni fièvre, ni frisson. Voici l'époque précise de l'apparition de la tumeur. Les règles sont survenues le 6, elles se sont terminées le 20 ; c'est le 6 que la malade a senti la tumeur.

Le 21, époque de la cessation des règles, la malade a ressenti dans le bas-ventre des douleurs très vives, lancinantes et continues, elle s'est vue forcée de garder le lit et de rester dans le décubitus dorsal. La malade a vu depuis cette dernière époque augmenter graduellement la tumeur ; l'acuité des douleurs la décide à entrer à l'hôpital.

Entrée de la malade à l'hôpital le 2 mai 1856. La malade est d'un caractère très irritable ; ses cheveux sont noirs, elle a une peau brune ordinairement, mais aujourd'hui décolorée et d'une teinte anémique très prononcée, les conjonctives sont blanchâtres. La malade est en proie à une agitation de tous les instants, elle ne pousse que plaintes et soupirs ; elle paraît souffrir très vivement ; les douleurs sont lancinantes ; elle les compare aux douleurs de l'enfantement. La moindre pression sur le ventre les réveille. Le palper abdominal est difficile à pratiquer ; les douleurs sont un obstacle à l'exploration. L'inspection du ventre, à la simple vue, montre que la région sous-ombilicale est occupée par une énorme tumeur, tellement saillante, qu'elle forme un relief de 0,01 dépassant l'ombilic. La région hypogastrique est creuse par rapport à la région sous-ombilicale.

Le palper permet de constater les signes suivants : La tumeur semble se prolonger dans l'excavation pelvienne ; elle est située du côté droit de l'abdomen ; elle est fixe dans cette région. Quand la malade se couche sur le côté gauche, la tumeur devient plus saillante, elle est fluctuante, elle offre le volume d'une tête de fœtus. A gauche dans la région hypogastrique, la main sent une petite tumeur très dure, compacte.

Toucher vaginal. — Le col est porté en avant et se trouve rapproché de la vessie, le vagin est court ; le col se trouve tout de suite et est comme accolé à la face postérieure de la symphyse. Le col est petit, mince, aplati. Si l'on explore les parties voisines, on trouve en arrière une tumeur du volume d'une orange, rénitente, se continuant avec la tumeur sentie par le palper abdominal ; le flot y est assez facilement senti. Par le toucher rectal on retrouve cette tumeur,

mais le doigt ne peut arriver jusqu'à sa limite supérieure. Nous avons examiné au spéculum le vagin et nous avons constaté dans le cul-de-sac postérieur du vagin une coloration violacée.

Les parties génitales sont baignées de sang. Constipation. La malade est en proie à des douleurs excessives qui lui enlèvent tout sommeil. Certaines douleurs sont passagères et lancinantes, d'autres sont continues et affectent le caractère de douleurs pesantes et la plongent dans une agitation de tous les instants. Peau brûlante. Pouls moyen, 112 pulsations. M. Nélaton essaye en vain de calmer les douleurs. Sangsues à l'anus, bains, opium, rien n'y fait.

Le 7. — Il se décide alors à ponctionner la tumeur dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Il s'écoule un liquide rouge, noirâtre, composé de sérosité et de sang. La quantité est de 1lit.,62. A partir du moment de la ponction, les douleurs cessent.

Le 9. — Nous déprimons facilement la paroi abdominale et pouvons reconnaître que l'utérus est incliné à gauche. Depuis la ponction, aucune goutte de liquide n'a taché la chemise. La malade se trouve si bien qu'elle demande sa sortie qui lui est refusée absolument.

Le 12. — Le palper abdominal permet de constater sur la ligne médiane et à peu de profondeur une tumeur dure, allongée, mobile, mais tenant à une base éloignée. L'utérus est à gauche. Quelques douleurs abdominales vagues.

Le 15. — La tumeur médiane paraît s'accroître; elle a la consistance des tumeurs fibreuses; elle participe des mouvements imprimés à l'utérus. La menstruation est apparue aujourd'hui, à son époque normale. Bonne alimentation et repos au lit.

Le 28. — La nuit dernière, la malade a senti s'écouler, sans douleurs préalables, une assez grande quantité de liquide couleur de café; une partie est tombée par terre; elle en a recueilli dans son vase de nuit la valeur de 500 grammes. L'écoulement a duré huit heures abondamment et s'est terminé.

Le 29 au soir. — Ce liquide avait une odeur infecte. Du reste, pas la moindre souffrance, pas le plus léger accident.

Le 31. — Le col est toujours en avant, il est impossible de retrouver trace de la ponction. La tumeur abdominale est moins sous-cutanée, moins facilement sentie; elle se trouve à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La palpation ne cause aucune douleur. De temps à autre la malade ressent dans la cavité pelvienne des douleurs lancinantes. Pas de constipation; appétit.

Le 1er juin. — Sortie de l'hôpital.

Le 2. — Perte de sang très abondante par le vagin. La quantité écoulée est évaluée par la malade à 1 litre. Pas de douleurs.

Le 4. — Le palper abdominal ne fait plus constater de tumeur; cette masse si considérable, que nous sentions il y a encore trois jours, a entièrement disparu; la main ne rencontre plus qu'un peu d'empâtement. Le col utérin

est toujours abaissé et porté en avant; le fond de l'utérus est dans la partie gauche du petit bassin ; au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin le doigt rencontre une masse dure, indolente, aplatie d'avant en arrière.

Le 6. — Douleurs sourdes dans le côté droit du ventre, sensation de pesanteur anale. La malade nous raconte qu'hier elle a senti, en introduisant le doigt dans le vagin, une tuméfaction dans la cloison recto-vaginale ; elle nous ajoute que ce symptôme lui a toujours annoncé une perte. En effet, dans la nuit du 6 au 7, la chemise de la malade est salie par des taches sanguines.

Le 7. — Sentiment de gêne dans l'abdomen. L'écoulement sanguinolent continue, peu considérable, il est vrai. L'état général est satisfaisant ; l'appétit est très vif.

Le 11. — Depuis le 9, le liquide, jusqu'alors sanguinolent, a pris les caractères du muco-pus. Cette nuit, la malade l'a senti s'échapper comme un jet, la quantité en est évaluée par la malade à un demi-litre. Persistance de la pesanteur anale. Pas de douleurs vives.

Le 14. — Les règles n'apparaissent pas à leur époque normale.

Le 15. — Sortie par le vagin d'un liquide mucoso-purulent; s'écoulant sans interruption.

Le 17. — Persistance de la pesanteur anale.

Le 21. — Apparition des règles, évacuation de caillots; absence de douleurs. L'écoulement menstruel se prolonge jusqu'au 24.

Le 25. — Écoulement séreux.

Nous avons depuis revu cette malade à plusieurs reprises; la guérison est définitive ; la menstruation s'est rétablie régulièrement, mais toujours avec la même abondance; absence de douleurs, mais persistance d'un écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles.

J'ai attribué dans cette dernière observation la métrorrhagie et l'épanchement intra-pelvien, qui en a été le résultat, à l'existence d'une affection ancienne des organes génitaux que le défaut de renseignements ne permet pas de déterminer; mais peut-être cette déduction n'est-elle pas parfaitement rigoureuse, parce qu'il faut tenir compte de l'enchaînement fréquent qu'offrent les métrorrhagies successives chez un grand nombre de malades, chez lesquelles une première perte, de cause toute locale, prépare le retour de pertes ultérieures par l'état anémique qu'elles engendrent. J'ai dû faire cette réflexion, bien que cependant aucun renseignement n'indique qu'il en ait été ainsi dans cette observation, à cause de la tendance très fréquente qu'ont les malades d'attribuer à une affection locale souvent de date très éloignée, qui a déterminé la ou les premières

pertes, la production de toutes celles qui se succèdent, et même de celles qui se manifestent lorsque l'affection qui a été le point de départ de tous les accidents a cessé d'exister depuis longtemps, ce qui est très important à discerner au point de vue thérapeutique. Je dois, pour un semblable motif, dire qu'il faut être très réservé dans la part qu'on doit accorder aux circonstances accidentelles dans la production des hématocèles, et en particulier aux excès vénériens dont on a peut-être exagéré l'importance. Je ne puis nier que des excès de cette nature ne soient une cause fréquente de pertes, et, partant, ne puissent être une cause d'épanchements intra-pelviens consécutifs; mais je ferai remarquer que les pertes qui surviennent dans ces circonstances ont lieu surtout chez les femmes qui y sont prédisposées par un état morbide antérieur d'un des organes génitaux que l'excès a pu ramener à une période d'acuité, ou par une aptitude hémorrhagique constitutionnelle, et que les excès dans ces circonstances ne sont par conséquent que des causes déterminantes. J'ai dû insister sur ces diverses particularités très importantes pour la pratique, parce que nous allons voir, et sans cause occasionnelle, survenir des hématocèles comme épiphénomène fortuit de métrorrhagies que j'appellerai cachectiques, c'est-à-dire symptomatiques de maladies qui, par la détérioration profonde de la constitution qu'elles entraînent, font naître une aptitude hémorrhagique, pour ainsi dire, chronique par opposition à celle qui se manifeste dans les fièvres. J'ai dû le faire surtout parce que nous trouverons au premier rang de ces métrorrhagies celles qui sont sous la dépendance de l'anémie, soit simple, soit secondaire si fréquente chez les femmes qui se livrent à des excès vénériens.

§ *h*. — Ce que je viens de dire fait comprendre que dans mon opinion, c'est à l'anémie que se rattachent le plus grand nombre des hématocèles métrorrhagiques, non-seulement des hématocèles de la variété dont nous nous occupons, mais même de celles qui semblent appartenir à l'espèce précédente. Je crois que presque toutes les hématocèles de ces deux variétés doivent être attribuées à une anémie soit simple, c'est-à-dire résultant de pertes de sang ou de mauvaises conditions hygiéniques, soit à une anémie secondaire, amenée par la chlorose, l'hystérie, etc. Cependant je dois, avant de rapporter des exemples d'hématocèles métrorrhagiques symptomatiques d'anémie, placer en note une observation de mon excellent

collègue et ami M. Aran, qui devrait être rangée dans cette variété si l'on acceptait le diagnostic qu'il a porté. Malheureusement je considère ce diagnostic comme douteux ; il me semble résulter non-seulement des symptômes observés pendant la vie, mais des détails de l'autopsie de cette femme, enlevée par une pleurésie intercurrente trois mois et demi après le début de son affection pelvienne, qu'il s'agit dans ce fait d'une inflammation de kystes de l'ovaire et du péritoine circonvoisin survenue sous l'influence d'excès vénériens et très rapidement amendée par un traitement antiphlogistique, comme je l'ai vu dans l'observation que M. Goupil a publiée, et que j'ai déjà indiquée (1). Mais j'aime mieux laisser chacun apprécier l'observation, très importante à ces différents points de vue, rapportée par mon honorable collègue de Saint-Antoine (2),

---

(1) Goupil, *Bulletins de la Société médicale d'observation*, décembre 1856.

(2) Obs. de M. Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 3e partie, obs. XXI, p. 769.

Une femme de vingt-trois ans, prostituée de bas étage, est apportée dans mon service le 20 août 1857. C'est une femme d'un tempérament lymphatique, d'une constitution autrefois forte et robuste, mais dont la santé s'est détériorée au milieu des excès de tous genres auxquels elle s'est livrée surtout depuis quelques années. Réglée à l'âge de quinze ans sans douleurs, elle est sujette, depuis cette époque, à des flueurs blanches qui n'ont jamais cessé depuis ; elle fait d'ailleurs de très grands abus de bière. Depuis cinq ou six mois elle avait remarqué qu'elle avait de temps en temps de l'enflure des paupières, et depuis deux mois surtout elle se sentait indisposée sans qu'elle eût même songé à se soigner. A Paris, depuis deux ans et demi, elle était placée dans un bouge des barrières où il lui arrivait quelquefois de commettre les plus grands excès. Le 7 août, la malade avait ses règles comme d'habitude et comme d'habitude aussi elle continua à avoir des rapports sexuels sans autre accident que quelques coliques dans le bas-ventre. Deux jours après, c'était un dimanche, les rapports furent plus nombreux (onze dans la journée), et les douleurs devinrent plus vives dans le ventre, particulièrement à droite ; dans la soirée, elle fut prise d'un violent frisson qui dura une heure et fut suivi d'une chaleur très vive et d'un peu de transpiration. Le 10 et le 11 août, les douleurs dans le bas-ventre et la fièvre l'avaient forcée à garder le lit ; mais le 12, se sentant mieux elle descendit et eut deux fois des rapports sexuels, ce qui provoqua de nouveau des douleurs dans le bas-ventre et à l'extérieur. Nouveau repos au lit le 13 et le 14 ; mais, forcée par les exigences de son misérable métier, elle a l'imprudence de descendre le 15 et d'avoir onze fois des rapports sexuels dans la journée. Dans la soirée, les frissons reparaissent et avec eux les douleurs dans le ventre qui n'ont pas cessé depuis. Dès le 10 août, les règles, qui sont très abondantes chez elle, s'étaient arrêtées brusquement et en même temps les flueurs blanches avaient disparu ; le même jour elle avait remarqué que son ventre avait gonflé considérablement. Le 11, elle avait eu dans la journée un vomissement bilieux. Pas de douleurs dans les reins ; mais dès le début,

dont il me serait bien plus agréable de pouvoir accepter l'interprétation que celle qu'elle me paraît mériter. Je le regrette excessivement parce que la première interprétation m'eût permis de rattacher cette hématocèle à la néphrite albumineuse dont cette femme était affectée depuis un temps assez long avant le début de son affection pelvienne, et ainsi de grossir la liste des maladies susceptibles de faire naître une diathèse hémorrhagique, dans lesquelles on a vu survenir pendant le cours de métrorrhagies symptomatiques un

---

douleurs à la partie interne de la cuisse droite, besoins fréquents d'uriner et douleur dans la miction ; la peau avait pris en même temps une teinte plus pâle que d'habitude.

Le 21 août, l'état de cette femme est le suivant : Pâleur avec bouffissure de la face, chairs molles et flasques ; chaleur modérée à la peau, mais le pouls faible et vif, 92 pulsations, la langue humide. La malade, très souffrante, garde constamment le décubitus sur le dos. Lorsqu'elle rétracte violemment la paroi abdominale, on aperçoit dans le ventre une tumeur qui, partant de la profondeur du bassin, soulève la fosse iliaque droite, et lorsqu'on porte la main sur cette tumeur, on reconnaît qu'elle est arrondie, d'une consistance médiocre, mais plus grande un peu au-dessus du ligament de Fallope du côté droit ; que supérieurement elle arrive bien près de l'ombilic à droite, tandis qu'à gauche elle en est éloignée de plusieurs travers de doigt ; qu'elle s'étend de sept travers de doigt en dehors et à droite de la ligne médiane, tandis qu'à gauche elle ne la dépasse que de trois à quatre travers de doigt seulement. Œdème des grandes et des petites lèvres. Chaleur vive dans le vagin. L'utérus est refoulé d'arrière en avant, de bas en haut et de droite à gauche, contre le pubis, derrière lequel il faut aller chercher le col de l'organe. L'utérus est accolé à une énorme tumeur qui remplit la concavité du sacrum et qui s'étend aussi en dehors et à droite de l'organe. Cette tumeur, qui a au moins le volume d'une grosse tête de fœtus, paraît plus étendue en hauteur qu'en profondeur et occupe dans le bassin une position relativement assez élevée, puisqu'il faut presser sur la paroi abdominale antérieure pour la faire arriver en contact du doigt porté dans le vagin ; on constate alors que la consistance est pâteuse et donne au toucher la sensation d'une espèce de fluctuation. Le toucher rectal confirme les données précédentes ; le rectum paraît cependant avoir résisté à la compression exercée par la tumeur et sa lumière n'est pas oblitérée ; par suite il n'y a aucune difficulté dans la défécation, il n'y en a pas non plus dans la miction. L'utérus est complétement immobile. Le vagin et le col sont pâles. Les urines, de couleur pâle, précipitent abondamment par l'acide nitrique et la chaleur. — Traitement : 30 sangsues à l'hypogastre ; potion purgative avec 30 grammes d'huile de ricin et 2 gouttes d'huile de croton ; cataplasmes ; diète.

L'application des sangsues est suivie d'un très grand soulagement et en même temps d'une grande faiblesse : en vingt-quatre heures la tumeur est devenue indolente et commence à se rétracter dans tous les sens ; on y trouve encore de la fluctuation. L'utérus est moins immobile, un peu moins couché en avant ; mais la malade est très faible, le pouls est très petit, 96 à 100 pulsations, pâleur. Nous substituons aux émissions sanguines les contro-stimulants, 12 pilules de tartre stibié de 0,05 chacune, une toutes les heures ; mais cette médication provoque de si nombreux vomissements qu'on ne peut en administrer que six dans les vingt-quatre heures. En revanche, sous son influence la résolution fait des progrès rapides, l'indolence de la tumeur est complète, sa rétraction évidente, l'utérus se rapproche de la ligne médiane et de l'axe du bassin. Une douleur

épanchement sanguin intra-pelvien comme épiphénomène de la perte. Malheureusement je crois mon interprétation trop fondée, et ne pouvoir, malgré le désir que j'en aurais, présenter cette observation qui me paraît un spécimen très remarquable de pelvi-péritonite déterminée par l'inflammation de kystes séreux intra-pelviens, comme un exemple d'hématocèle symptomatique d'une maladie de Bright. Cette variété ne comprend donc, quant à présent, que des observations d'hématocèles symptomatiques d'anémie, mais dans

---

assez vive, provoquée sans doute par l'apparition des règles, nous oblige, le 24 août, à ajouter à la médication stibiée une nouvelle application de douze sangsues sur le ventre. La malade s'en trouve très bien et le nombre des pilules stibiées est réduit à quatre pour les vingt-quatre heures.

Le 26 août, l'amélioration est de plus en plus évidente, la tumeur ne se sent plus dans le ventre, l'utérus n'est plus refoulé à gauche, il est seulement en antéversion légère. La malade n'est pourtant pas aussi bien qu'on pourrait le croire de son état local; elle a eu des vomissements qui ne coïncident pas avec l'administration des pilules et un frisson qui a duré une heure et demie; le pouls est vibrant, dépressible, 96 pulsations. Ces accidents disparaissent les jours suivants, les vomissements aussi; le pouls tombe à 84 pulsations, les forces reviennent, et le 31 août nous constatons, avec un état général très satisfaisant, une disparition à peu près complète de la tumeur de la cavité abdominale, et sa limitation sur la partie latérale droite de l'utérus, avec prolongement derrière cet organe.

Les choses en étaient là, lorsque le 2 septembre, la malade, qui avait commis l'imprudence de se lever le matin par un temps frais et humide, est prise d'un violent frisson avec claquement de dents, point de côté et d'une fièvre vive, qui marquent le début d'une pleurésie du côté gauche. Les accidents marchent avec une telle rapidité que, le 9 septembre, pour éviter la suffocation qui est imminente, nous pratiquons dans le septième espace intercostal, une ponction qui donne issue à 1700 grammes d'une sérosité citrine, mêlée de fausses membranes et très chargée de fibrine. L'épanchement se reproduit, mais plus lentement, et nous commençons à saisir, au sommet du poumon droit, des signes de tuberculisation commençante. Dans les derniers jours d'octobre, une espèce de phlegmon se forme sous le grand pectoral gauche, et la malade s'éteint dans le marasme le 2 décembre. Dès le 11 septembre, nous avions commencé à éprouver des difficultés pour retrouver la tumeur même avec le toucher vaginal ou rectal, et le 16 septembre nous notions que l'utérus avait repris sa position naturelle. Le 20 novembre, il était impossible de découvrir une tumeur ou un empâtement quelconque dans le bassin; il y avait seulement un peu de sensibilité en arrière et à droite du col de l'utérus.

Autopsie. — Outre un abondant épanchement purulent dans la plèvre gauche, avec ulcérations à la face interne du foyer, dont une établit la communication entre la cavité de la poitrine et le tissu cellulaire, situé à ce niveau; outre une petite quantité de tubercules au sommet du poumon droit et une excavation très petite au même point; outre une hypertrophie du foie avec commencement de cirrhose, une ossification de la rate qui est énormément hypertrophiée, et un gonflement excessif des deux reins arrivés à la troisième période de la maladie de Bright, on constate dans le bassin les altérations suivantes :

Adhérences de l'épiploon à la face postérieure du pubis et au bord supérieur de cet os,

lesquelles la filiation des accidents est aussi évidente que possible, elle l'est surtout dans la première des observations que je vais rapporter qui a été recueillie avec un soin tout particulier par M. Heurtaux (1).

---

du côté droit, se prolongeant, en devenant filamenteuses, jusqu'aux annexes de l'utérus du même côté. Autres adhérences partant de l'S iliaque du côlon et se rendant aux annexes de l'utérus du côté gauche. Un *kyste à parois minces et transparentes*, du volume d'une noix, à demi affaissé, se dessine au-dessus de l'angle supérieur gauche de l'utérus. Cet organe a contracté des adhérences, mais assez lâches et filamenteuses, avec les annexes de l'utérus ; il est en antéflexion légère, avec un faible degré d'inclinaison à gauche.

Du côté gauche, trois groupes d'adhérences viennent de la face postérieure de l'utérus, pour aller gagner la trompe gauche, fortement dilatée, *surmontée de deux kystes* et adhérant par son pavillon au bord gauche du rectum. L'ovaire qui adhère également au rectum, et qui est situé au-dessous de la trompe, forme avec celle-ci une tumeur irrégulièrement bosselée. Le kyste situé au-dessus du bord supérieur gauche de l'utérus, les kystes dont est surmontée la trompe, sont formés par un soulèvement du péritoine, ou plutôt par des dépôts pseudo-membraneux sous lesquels *s'est accumulée de la sérosité citrine*. La trompe gauche est un peu dilatée vers son pavillon, et sa cavité, dans une étendue de 0,03, est le siége d'une coloration noire qui remonte assez haut dans son intérieur. L'ovaire gauche, médiocrement développé, contient encore deux petits caillots très reconnaissables, l'un noir et l'autre offrant l'aspect d'un corps jaune.

Du côté droit, où les adhérences sont bien plus serrées et bien plus nombreuses que du côté gauche, les annexes sont également soudées en une seule masse du volume d'une grosse noix. En disséquant le ligament rond qui leur est adhérent, et derrière ce ligament, on trouve un petit *kyste plein de sérosité*. En séparant l'ovaire du rectum on ouvre également un *kyste* un peu plus volumineux que le précédent, et plein comme lui de sérosité. L'ovaire droit, accolé à la face antéro-latérale droite du rectum, est très allongé, mais sans grande altération ; son tissu est seulement un peu gorgé de sang, et l'on y trouve quelques petits caillots anciens. En séparant la trompe de l'ovaire, on ouvre encore un *kyste* plein, comme les précédents, de sérosité citrine ; mais ici les adhérences diffèrent de celles qui existent ailleurs par leur coloration noirâtre. La trompe, dilatée à partir du pavillon dans une étendue de 0,03 environ, contient une matière noirâtre mélangée de pus ; la muqueuse est épaissie et colorée en noir à son niveau, et à 0,01 au-dessus.

En pressant l'utérus on voit sourdre par l'orifice du col quelques gouttelettes d'un mucus opaque, purulent. La muqueuse du corps de l'utérus est d'un rouge tirant sur le gris, ce qui tient à la présence d'une couche de pus crémeux à la surface de cette membrane, qui est vivement injectée et fortement épaissie. La cavité du col est pâle, excepté au niveau de l'orifice externe, où elle offre une coloration d'un rouge violacé, qui s'étend sur une partie des lèvres du col. Un peu au-dessus de la réunion du col et du corps, et dans la cavité de celui-ci, existe une fongosité du volume d'un pois, de couleur rougeâtre, qui est logée dans une dépression de la membrane muqueuse.

(1) Obs. de M. Heurtaux, publiée, *Thèse* de M. Voisin, obs. L, p. 111.

OBSERVATION XVI. — *Excellente santé jusqu'à l'arrivée à Paris, où une vie sédentaire, un travail à l'aiguille succèdent à la vie des champs et à un régime substantiel. — Deux mois après ce changement d'habitation et de vie, diminution de l'écoulement menstruel pendant deux mois. — Au troisième mois, ménorrhagie très abondante. — Signes d'anémie très caractérisés qui persistent très marqués lorsque, six mois et demi après la ménorrhagie, se manifestent pendant deux jours les signes d'une métrorrhagie interne. — Au bout de deux jours de douleurs, apparition du flux sanguin extérieur très abondant. — Soulagement momentané. — Le quatrième jour de celui-ci, début de l'hématocèle. — Entrée de la malade à l'hôpital quinze jours après l'épanchement sanguin. — Trois semaines après l'entrée à l'hôpital, expulsion sanguine par le rectum. — Guérison.*

La femme B... (Claudine), âgée de vingt-huit ans, couturière, est couchée au n° 15 de la salle Sainte-Claire, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Oulmont, où elle est entrée le 19 octobre 1857.

Cette femme est née en Savoie; elle habite Paris depuis un an. Ses parents sont tous d'une bonne santé. Elle est d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte; son teint est assez coloré; cheveux noirs. Elle a été réglée à douze ans. La menstruation a été régulière dans les premiers temps. L'écoulement sanguin était abondant et durait quatre à cinq jours. Jamais elle n'a eu de flueurs blanches. Elle a eu trois enfants; le premier à vingt et un ans; le deuxième à vingt-deux ans et demi; le troisième à vingt-cinq ans. Il n'y a rien eu de particulier pendant les grossesses, ni après l'accouchement. Elle n'a jamais eu de fausse couche, jamais n'a eu d'autres maladies. Arrivée à Paris au mois de novembre 1856. Dans son pays elle prenait beaucoup d'exercice, travaillait à la terre, vivait à la campagne, usait d'une nourriture substantielle. Depuis son arrivée à Paris, vie sédentaire (couturière), nourriture encore assez bonne. Dans les premiers mois passés à Paris, la menstruation fut aussi régulière que précédemment, seulement elle fut moins abondante en janvier et en février (1857). Vers le milieu du mois de mars, les règles revinrent à leur époque habituelle; mais, au lieu de cesser après quatre ou cinq jours, l'écoulement sanguin continua trois semaines. Cet écoulement était aussi abondant qu'au moment des règles; sang très coloré, presque toujours en caillots, presque toujours gros comme le pouce; à cette époque aucune douleur dans le ventre.

Depuis cette perte : pâleur, bouffées de chaleur, vertiges, sifflements d'oreille, gastralgie, palpitations, essoufflement, pas d'œdème des jambes. Après cette perte, la malade eut des flueurs blanches pendant un mois et demi,

accident qu'elle n'avait jamais éprouvé jusque-là. Puis, pendant quinze jours, retour de la métrorrhagie, sang coloré en petits caillots ; pas de douleurs de ventre. Puis encore un mois et demi d'intervalle pendant lequel la malade eut des flueurs blanches *et des signes de chlorose comme précédemment.*

Ces alternatives nous mènent vers le mois de juillet, époque à laquelle survint un écoulement sanguin qui dura quatre à cinq jours, tout à fait analogue aux époques menstruelles ordinaires. Un mois après, vers le milieu d'août, nouvelle époque menstruelle analogue à la précédente. Puis jusqu'à la fin de septembre la malade ne voit plus aucun écoulement sanguin. Toujours des flueurs blanches *et des signes de chloro-anémie.*

Vers le 29 ou le 30 septembre, apparition des phénomènes suivants sans aucune cause appréciable (pas d'effort, pas d'excès de coït, pas de chute....). Pendant que la malade était occupée à des travaux de couture, elle se sent prise de douleurs vives dans l'hypogastre, dans toute l'étendue de cette région, avec retentissement douloureux dans les lombes. La malade compare ces douleurs à celles de l'accouchement. Dès ce moment elle éprouvait la sensation de pesanteur excessive dans le bassin et avait la sensation d'un corps étranger qui voulait s'échapper par l'anus ou par la vulve, ce qui la portait à aller plusieurs fois à la selle, coup sur coup, sans résultat.

Il n'y eut point de frisson ; au contraire il y eut de la chaleur et une agitation qui dura toute la nuit et les jours suivants. Il y eut des nausées, mais sans vomissements ; pas de hoquet. Dès le commencement, miction fréquente et douloureuse, défécation difficile. Perte d'appétit, soif. La pâleur, les palpitations et l'essoufflement augmentèrent ; la malade s'affaiblit. Elle se mit au lit dès que les douleurs parurent. Elle ne peut dire si dès ce moment le ventre devint plus volumineux ; mais il était douloureux à la pression.

Ces phénomènes ont duré deux jours. Après cette époque, apparition d'un écoulement sanguin vaginal abondant ; sang très coloré, en caillots. Au moment où cet écoulement a paru, les douleurs se calmèrent très notablement, au point que la malade put se lever et reprendre ses occupations pendant quatre jours. Mais à ce moment, sans cause appréciable, les douleurs reparurent plus fortes que jamais ; la malade fut contrainte de se recoucher et depuis cette époque elle n'a pas quitté le lit.

Il y eut encore des nausées, mais sans vomissements ; selles rares. Pas de frisson, mais chaleur et agitation. Miction rare et douloureuse. Défécation également très pénible. Toujours la même sensation de corps étranger pesant et volumineux. La malade éprouvait de telles douleurs qu'elle se tordait sur son lit et ne pouvait prendre aucun repos pendant les premiers jours. Elle ne se levait absolument que pour aller à la selle, et cette légère fatigue augmentait considérablement les souffrances ; elle était obligée de se courber en avant en marchant. Les douleurs étaient également plus vives dans la position

assise. Peu à peu les douleurs se sont un peu calmées, mais sans cesser complétement,

Depuis la recrudescence des douleurs jusqu'à ce jour, l'écoulement sanguin a été continuel, seulement son abondance est devenue moindre. Le sang a toujours été très coloré et s'échappait sous forme de caillots. Plus que jamais la malade éprouvait des palpitations au moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit, de l'essoufflement, des vertiges, des sifflements d'oreille. Dans la jambe gauche, depuis le début, la malade éprouva des élancements suivant le trajet du nerf sciatique; des fourmillements, quelques crampes, une sensation de froid. Ces phénomènes ont été plus prononcés dans le décubitus sur le côté gauche. Jamais la malade n'a remarqué d'œdème. Peu d'appétit, soif assez prononcée; pas de sommeil.

Il y a une huitaine de jours, la malade s'est aperçue par hasard qu'elle avait une tumeur dans le bas-ventre (elle dit qu'elle n'a pas changé de volume depuis); aucun traitement antérieur.

Etat actuel. — Un peu d'amaigrissement; peau et muqueuses pâles; ventre volumineux, souple dans la partie supérieure, vers les flancs et dans la partie droite de l'hypogastre. A la partie moyenne de l'hypogastre on sent une tumeur arrondie, lisse, très dure, remontant à cinq travers de doigt au-dessus du pubis; on ne peut distinguer cette tumeur du fond de l'utérus. Ces deux corps sont probablement confondus. A droite, la tumeur se termine à quatre travers de doigt de la ligne blanche par un bord arrondi; mais à gauche, elle se prolonge beaucoup plus loin en dehors et en haut, de façon à atteindre par son extrémité le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Partout cette tumeur est également résistante; une pression même légère est très douloureuse. Matité complète à la pression.

Toucher vaginal. — Légère cystocèle vaginale. Au milieu du vagin on sent une tumeur grosse comme le poing, de dureté moyenne, soulevant la partie postérieure du vagin et ayant envahi tout ce conduit; arrondie, égale, douloureuse au toucher. Elle dépasse le col d'une longueur de 0,03 environ. En avant de cette tumeur et en arrière de la cystocèle vaginale on trouve un étroit conduit au fond duquel on sent le col de l'utérus porté fortement en haut et en avant, comme aplati contre le pubis. Pas de fluctuation. A la surface de la tumeur bat une artère.

Toucher rectal. — Tumeur de même volume, appliquant l'une contre l'autre les parois antérieure et postérieure du rectum.

Peau un peu chaude; 84 pulsations. Rien au cœur. Dans la région carotidienne bruit de souffle continu très fort. Rien du côté des autres appareils; pas d'œdème de la jambe gauche. — Prescription du 20 octobre : 15 sangsues; cataplasmes laudanisés.

Le 21. — Diminution de la douleur; la malade perd toujours un peu de sang par le vagin.

Le 22. — Un peu moins de douleur dans les reins et le bas-ventre ; absolument même état du reste. Lavement émollient.

Le 24. — La malade se trouve un peu fatiguée, n'a pas dormi pendant la nuit, s'est toujours agitée ; céphalalgie légère, chaleur de la peau, pouls un peu accéléré, 92 pulsations. Le soir, peau chaude, céphalalgie vive, pouls assez large et donnant 104 à 108 pulsations. Rien de particulier du côté de la tumeur ; pas plus de douleurs. Écoulement sanguin léger comme les jours précédents. Rien du côté de la poitrine.

Le 25. — Pas de sommeil la nuit dernière ; un peu de chaleur et d'agitation, quelques douleurs dans l'hypogastre ; pouls encore un peu fréquent (96 pulsations). Le soir, la malade a continué à avoir de la fièvre ; céphalalgie légère ; douleurs hypogastriques comme précédemment. Même tumeur. Il semble qu'elle se prolonge un peu du côté droit, parallèlement à l'arcade crurale et immédiatement derrière elle. Miction comme les jours précédents. Rien du côté des autres appareils.

Le 27. — Quelques selles dysentériques (matières glaireuses), un peu de douleurs dans les deux fosses iliaques ; ténesme ; un peu d'accélération du pouls surtout le soir. Il ne s'écoule plus de sang par le vagin ; aucune modification de la tumeur hypogastrique. Julep gommeux avec laudanum, 20 gouttes ; deux quarts de lavement avec laudanum 6 gouttes ; bouillons et potages.

Le 1er novembre. — Plus de dysenterie, le pouls est naturel.

Le 3. — Depuis hier soir retour des selles dysentériques (glaire, un peu de sang). La malade va à la selle huit à dix fois par jour ; ténesmes, un peu de coliques ; sang rosé peu abondant. La malade ne rend plus de sang par la vulve et même aucun liquide. Peau un peu chaude ; 96 pulsations ; pas de nausées, langue naturelle. Julep gommeux avec 0,10 d'extrait thébaïque.

Le 7. — Moins de coliques ces jours-ci ; seulement une ou deux selles chaque jour, moins de sang.

Le 10. — Prise hier de coliques vives, vers onze heures du matin, la malade éprouva le besoin d'aller à la selle toutes les dix minutes à peu près. D'abord matières naturelles liquides. Vers le soir, expulsion de sang d'un rouge foncé que la malade compare à de la gelée de groseille, quoique d'une couleur plus brune, l'écoulement a duré toute la nuit. A la palpation de l'hypogastre on ne sent que très difficilement la tumeur. Celle-ci a considérablement diminué dans toute son étendue, sur la ligne médiane d'abord, puis au niveau de son prolongement vers le côté gauche.

Le 11. — Hier la malade est allée deux fois à la selle dans la journée ; même caractère des matières rejetées. Dans la nuit, deux selles également. Le soir, aujourd'hui, deux selles ayant les mêmes caractères que celles d'hier. La quantité équivaut à une cuillerée à bouche à peu près ; le besoin d'aller à la selle est très pressant ; toujours douleurs abdominales ; miction facile comme précédemment ; flueurs blanches peu abondantes ; pas de vomissements ;

pouls médiocrement fréquent ; peau morte. A la palpation abdominale, on ne retrouve plus de traces de la tumeur ; douleur à la pression, mais assez modérée. — *Toucher vaginal.* Col utérin revenu à sa position naturelle ; un peu entr'ouvert. L'utérus est un peu mobile : en arrière il y a un reste de tumeur gros comme une forte noix, extrêmement dur, arrondi, lisse, indolent à la pression. — *Toucher rectal.* On sent encore une tumeur arrondie très dure, mais bien moins saillante vers l'intestin, encore aussi large que la paume de la main ; aucun trouble général.

Le 12. — Quatre selles liquides ; matières analogues.

Le 13, au soir. — Dans la nuit dernière deux selles ; matières non examinées ; aujourd'hui aucune selle ; ventre naturel, peu douloureux ; rien de perceptible à la pression ; peau et pouls naturels.

Le 24, *exeat.* — Il reste à la partie postérieure du col une tumeur grosse comme une petite noix très ferme. La malade ne perd plus ni par le vagin ni par le rectum.

Cette observation dont on peut rapprocher non-seulement celle de M. Silvestre, que j'ai placée en note (1), mais celles qui seront

---

(1) Obs. de M. Silvestre (service de M. Voillemier), publiée ; *Thèse* de M. Voisin, obs. VIII, p. 98.

Hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 4. — Élisa ... (de Senlis), âgée de vingt-quatre ans ; mariée. Entrée le 22 juin 1856. Tempérament nerveux ; constitution sèche et bonne ; un peu *chlorotique ;* réglée à quatorze ans et demi ; la menstruation s'est établie facilement ; elle s'est reproduite régulièrement et toujours abondamment ; depuis deux ans sont survenus quelques troubles nerveux qui paraissent déterminés par la chlorose (gastralgie, coliques) précédant l'apparition des règles ; mariée en 1851 ; trois avortements de 1851 à 1853, les deux premiers à deux mois, le troisième à quatre mois. En 1853, accouchement à terme ; suites de couches heureuses et réapparition des règles après six semaines ; les règles reviennent régulièrement jusqu'en février 1856 ; à dater de cette époque, suppression complète, sans cause connue ; la malade se croit enceinte, et, pendant deux mois n'éprouve aucune atteinte à sa santé. Les règles reparaissent brusquement le 25 avril, à quatre heures de l'après-midi ; malgré cela, la malade se rend à une soirée, et, sans avoir dansé, sans avoir fait d'autres efforts que ceux qu'exige le chant, elle éprouve brusquement envie d'aller à la garderobe, accompagnée de douleurs de reins et de pesanteur à l'anus. Elle est transportée à sa demeure ; il survient une perte ; les douleurs continuent à de courts intervalles, et l'écoulement ne s'arrête que par la cautérisation.

Le retour périodique des douleurs fait croire à une névralgie de l'anus ; le médecin appelé persiste un mois dans son diagnostic ; à cette époque, il croit reconnaître une affection du col utérin, et le cautérise avec du nitrate d'argent et de la pâte de Vienne ; trois ou quatre jours après cette cautérisation, la perte, qui s'était arrêtée, reparaît de nouveau, dure quinze jours, et jusque-là on n'a pas soupçonné la présence d'une tumeur ; dans les premiers jours du mois de juin, on reconnaît une tumeur faisant saillie d'un

rapportées plus loin en décrivant la symptomatologie toute particulière de cette variété, est tellement explicite qu'il n'est pas néces-

---

côté dans le vagin, et de l'autre dans la fosse iliaque droite. Le médecin croit à un cancer ou à une tumeur fibreuse ; la perte reparaît le 10 juin, et la malade entre à l'hôpital le 22 juin 1856.

État actuel.— La malade est d'une pâleur qui appartient à la chlorose et non à la diathèse cancéreuse. Le ventre est peu développé ; à droite, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, immédiatement au-dessous de la peau, on reconnaît une tumeur dure, mobile, douloureuse à la pression, du volume d'un œuf de poule, et présentant son grand diamètre dans le sens du ligament large ; la forme n'est pas celle d'un œuf, mais d'un cône un peu recourbé, dont la base regarde le bord droit de l'utérus, et le sommet la fosse iliaque du même côté ; la fosse iliaque gauche est libre ; sur la ligne médiane, on peut sentir, en déprimant les tuguments, l'utérus avec son volume normale.

Voici les renseignements fournis par le toucher vaginal : le vagin est court, le col de l'utérus est volumineux, de consistance ordinaire, rugueux, porté en bas et en avant ; le cul-de-sac postérieur est libre à gauche ; vers la ligne médiane, on sent une saillie qui augmente à mesure qu'on se rapproche du côté droit ; là se trouvent plusieurs bosselures, assez peu douloureuses au toucher, très consistantes ; l'utérus fait corps avec ces tumeurs, et c'est à peine si la pression exercée alternativement sur le col de l'utérus et le fond de la tumeur fait éprouver un léger déplacement à toute cette masse. Le toucher rectal indique une tumeur faisant saillie dans le rectum.

Du 22 au 29 juin.—Les douleurs disparaissent ou diminuent notablement ; la malade est pâle.

Du 29 juin au 7 juillet.— La malade éprouve des douleurs dans les reins, dans le ventre (coliques), du ténesme rectal et des douleurs qui se prolongent jusque dans les cuisses ; les traits étaient très altérés, le ventre sensible à la pression, et si le pouls n'avait pas été calme, on eût pu craindre le développement d'une péritonite.

Le 7.— Ponction avec un trocart explorateur dans la partie de la tumeur qui fait saillie dans la fosse iliaque ; la tige est enfoncée au moins à 0,04 ou 0,05 ; cette ponction ne donne issue à aucun liquide. Depuis cette époque, les douleurs diminuent et disparaissent presque complétement pour ne plus revenir que de temps à autre ; la malade recouvre sa gaieté.

Du 7 au 25.—La portion de la tumeur qui fait saillie dans la fosse iliaque diminue d'une manière notable, tout en conservant sa consistance.

Le 29.— Ponction avec un trocart fin dans la tumeur molle qui fait saillie dans le vagin ; issue de quelques gouttes d'un liquide épais, noirâtre, ressemblant à du sang. Pendant la journée, écoulement de trois ou quatre cuillerées de ce liquide ; injection de pavot et de guimauve. A midi, un peu de fièvre ; chaleur à la peau et céphalalgie ; pas de douleurs dans la tumeur.

Le 30.— Pas de douleurs ; l'écoulement est arrêté ; au toucher, on reconnaît, au niveau du point ou était la mollesse, de petites tumeurs dures et saillantes, du volume d'une noisette ; les mêmes tumeurs saillantes et dures existent dans la moitié gauche du cul-de-sac vaginal.

Le 31.— L'écoulement ne s'est pas reproduit ; des douleurs sont survenues durant la nuit, et ont été assez vives pour empêcher le sommeil ; elles continuent le matin. Au toucher, M. Voillemier trouve dans le cul-de-sac une tuméfaction, un empâtement qu'il qualifie d'inflammation ; les douleurs continuent dans la journée. La malade prend 30 gouttes de laudanum, et quelques cuillerées d'un julep contenant 0,10 de chlorhy-

saire de la commenter. L'enchaînement des accidents qui se sont successivement manifestés chez cette malade depuis son arrivée à

---

drate de morphine ; elle s'endort pendant quelques heures ; on fait quelques injections émollientes dans le vagin; pas d'écoulement sanguin. — Quatre heures du soir. Le ventre est douloureux à gauche comme à droite ; il n'est point ballonné ; quelques frissons et quelques nausées. (Boissons froides ; glace.) Peau chaude, pouls accéléré ; céphalalgie. (Continuer le julep.)— Onze heures du soir. Les douleurs continuent ; le facies est empreint de fatigue, mais sans altération caractéristique. (10 gouttes de laudanum, nouveau julep avec 0,05 de chlorhydrate de morphine.)

Le 1er août. — Nuit agitée ; mêmes douleurs dans le ventre, sensible, non ballonné ; facies non altéré ; pas de délire; peau chaude, moite ; pouls accéléré, ni trop fort, ni trop faible ; douleur en urinant ; n'a pas cessé d'accuser des douleurs. Sangsues sur l'abdomen ; écoulement de sang peu abondant. (Julep : 0,10 chlorhydrate de morphine.) — Quatre heures. Pas de sommeil, agitation sans délire ; facies non altéré ; pâleur et faiblesse, décoloration des lèvres résultant de la perte de sang ; œil animé ; bas-ventre très sensible à la pression, non ballonné ; pas d'écoulement ; douleurs spontanées assez vives ; peau moite ; pouls fréquent, précipité, petit sans être misérable ; vomissement d'un liquide coloré en brun, contenant des cellules épithéliales et des globules sanguins altérés. Eau de seltz.

Le 2. — Les traits sont légèrement tirés ; yeux entourés d'un cercle noir et profondément enfoncés dans l'orbite ; ventre sensible et ballonné ; les vomissements noirâtres, couleur café au lait, se reproduisent malgré la glace et l'eau de seltz. (Potion de Rivière.) Pas de selles; intelligence nette, faiblesse considérable. Friction d'onguent mercuriel belladoné. — Mort à midi.

Autopsie vingt-quatre heures après.— A l'ouverture, l'abdomen laisse échapper des gaz fétides et plus d'un litre d'un liquide épais et brunâtre. Le péritoine lui-même présente une coloration noirâtre. Les intestins sont distendus par des gaz, et leurs parois sont le siège d'une riche arborisation. L'épiploon peu développé dans son diamètre transversal descend jusque dans le petit bassin ; il a contracté des adhérences avec l'utérus et l'intestin grêle. Le rein gauche se trouve porté en bas et en dedans ; il repose sur la symphyse sacro-iliaque gauche et est rejeté en dedans de l'S iliaque qui occupe la ligne médiane au-dessous de l'angle sacro-vertébral. En suivant l'S iliaque pour arriver au rectum qui est placé sur la ligne médiane, on trouve une tumeur qui présente le volume du poing ; elle s'étend à droite jusqu'à l'os iliaque, à gauche jusqu'au niveau du bord correspondant de l'utérus qu'elle dépasse en haut. Inférieurement elle plonge dans la cavité du petit bassin où nous la suivrons plus tard. En avant on rencontre la disposition suivante :

Sur la ligne médiane, l'utérus ; il est plus développé qu'il ne l'est habituellement dans l'état de vacuité. Son diamètre transversal, au niveau du fond est de 0,30, son diamètre vertical de 0,07. En incisant la paroi on pénètre dans la cavité qui est normale, vide. L'épaisseur des parois est de 0,02.

La vessie occupe sa position normale ; elle est ouverte par le fond. Tout autour du col et dans le bas-fond on trouve une injection très riche qui explique la dysurie observée pendant le vie.

Latéralement et du côté droit la tumeur répond immédiatement en avant au ligament large dont il est impossible de distinguer les trois replis. A l'extrémité externe se trouve une tumeur qui ressemble à l'ovaire par sa forme et son volume ; c'est la saillie en forme de corde allongée et contournée que l'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Elle

Paris : diminution de la menstruation d'abord, ménorrhagie ensuite, anémie profonde à la suite de celle-ci, me semblent établir

---

est libre par son extrémité supérieure. Son extrémité inférieure se continue avec une nouvelle tumeur qui occupe l'épaisseur même du ligament large et qui descend sur le bord droit de l'utérus. On peut le suivre sur la plancher du petit bassin.

Du côté gauche les organes sont dans leurs rapports normaux et ne présentent aucun changement soit dans leur forme, soit dans leur structure.

Du côté du petit bassin, voici ce que l'on observe : l'examen du vagin au toucher n'indique plus les signes que l'on rencontrait pendant la vie. Plus de tumeur médiane, plus de bosselures au niveau de la portion droite du cul-de-sac vaginal. A la vue on aperçoit la ponction pratiquée au niveau de la tumeur située derrière le col. Les lèvres de la ponction sont réunies par une exsudation plastique qui se laisse facilement détruire par un stylet.

Tel est le résultat fourni par l'examen du petit bassin, les organes étant laissés en place. Avant d'examiner chacune des tumeurs en particulier, afin de voir leurs rapports, leur conformation et leur siége, je dirai deux mots du péritoine ou du moins de ce qui m'a paru être le péritoine. A partir du rein gauche, qu'elle tapisse en avant, cette membrane passe sur la face antérieure de l'S iliaque et du rectum ; de là elle gagne le sommet de la tumeur rétro-utérine et vient se jeter sur le fond de l'utérus où elle se comporte comme à l'état normal avec cette différence que toute la face postérieure est dépourvue de péritoine. La disposition de cette membrane, sur les parties latérales, ne présente pas de changement. A droite, cependant, elle tapisse la même tumeur avant d'atteindre le ligament large. On voit donc par là que le cul-de-sac rétro-utérin n'existe plus, que le péritoine est refoulé en haut par une tumeur qui sépare le rectum de l'utérus.

Sur la ligne médiane, on voit une perforation du péritoine, perforation qui fait communiquer la cavité de la séreuse avec la cavité de la tumeur rétro-utérine et qui a dû être antérieure à la mort, puisque le liquide qui sort de cette ouverture est de même couleur que celui de la cavité péritonéale. Cette portion du péritoine se détache assez facilement de la tumeur. En poursuivant la dissection on parvient à circonscrire le kyste et à l'isoler en partie de l'utérus et du rectum. Après cet isolement qui se fait avec la plus grande facilité, on trouve que *les faces correspondantes de l'utérus et du rectum sont tapissées par une membrane lisse qui a bien quelque analogie avec le péritoine.*

Je reviendrai sur ce point. Quoi qu'il en soit, la tumeur rétro-utérine tient inférieurement, par un point de la circonférence, à la base du ligament large du côté droit. Nous verrons que c'est par là qu'a lieu la communication avec la tumeur située dans l'épaisseur du ligament large. La tumeur rétro-utérine est constituée par une poche contenant un liquide, dont une partie s'est écoulée dans le péritoine, et des caillots. Les parois de ce kyste sont épaisses de 0,007 à 0,008. Elles sont lisses par leur face externe, çà et là cependant on aperçoit des tractus qui constituaient les adhérences de la tumeur avec les organes voisins et qui se déchirent presque sans effort. La face interne est tomenteuse, noirâtre ; des caillots sanguins y sont encore attachés. Les parois paraissent formées par des couches concentriques, formées d'un tissu blanchâtre. La cavité contient, ai-je dit, des caillots sanguins, les uns encore entachés aux parois, les autres, c'est le plus grand nombre, flottent dans la cavité au milieu d'un liquide boueux noirâtre. Presque tous sont noirâtres, quelques-uns sont roses et paraissent constitués par de la fibrine en partie décolorée. Cette poche communique avec celle qui occupe l'épaisseur du ligament large ; en effet, en pressant cette dernière on voit sourdre dans la première un liquide noirâtre par-

d'une manière péremptoire que dans ce fait l'hématocèle était une manifestation symptomatique secondaire de la modification imprimée à la constitution par les nouvelles conditions hygiéniques qu'avait entraînées un changement de vie complet. Je n'ai donc point à insister sur la filiation de l'épanchement sanguin dans cette observation, qui est non-seulement remarquable à ce point de vue, mais aussi sous le rapport de la symptomatologie toute particulière que présente cette variété des hématocèles métrorrhagiques dont l'observation précédente et celle que j'ai placée en note (1) peuvent être considérées comme des spécimens types et que j'ai actuellement à décrire.

---

faitement semblable à celui dont j'ai parlé. Cette communication a lieu sans doute par un orifice fort étroit, à en juger par la difficulté qu'on éprouve lorsqu'on explore avec un stylet.

La tumeur, située dans les feuillets du ligament large, se trouve située immédiatement au-dessous de l'ovaire qui en forme une paroi ; elle se dirige obliquement en bas et en dedans pour atteindre l'utérus à la réunion du corps avec le col de cet organe. Elle est recouverte en avant par le péritoine et répond à la paroi abdominale antérieure, à travers laquelle on la sentait pendant la vie. En arrière, elle est encore recouverte par le péritoine qui l'isole de la première ; elle est enkystée comme elle, mais ses parois sont moins épaisses et moins distinctes des tissus ambiants. Elle contient avec les caillots sanguins divisés et avec le liquide boueux et noirâtre, une masse plus rouge, ressemblant à un coagulum ; son volume est celui d'une grosse noix ; elle est à peu près conique, à base tournée en bas et tenant par son sommet à un pédicule implanté sur le bord adhérent à l'ovaire. La trompe vient mourir sur la paroi antérieure de cette tumeur, mais ne s'ouvre point dans la cavité. Le pavillon a disparu et se perd avec les tissus qui constituent le kyste sanguin. Quant à cette masse de caillots qui a inspiré à M. Voillemier l'idée *d'une grossesse extra-utérine, l'examen minutieux n'a donné aucun résultat favorable à cette hypothèse.*

J'ai dit que la tumeur du ligament large communiquait avec le kyste rétro-utérin, par un orifice étroit et sinueux ; elle communique aussi avec la tumeur située dans la cloison recto-vaginale, par un orifice également étroit et sinueux. Cette tumeur n'a pas été ouverte complétement. Toutefois son contenu ne diffère point de ce qui a été trouvé dans les autres, par ce que la pression en fait sortir. C'est cette tumeur que l'on sentait par le vagin, et c'est sur elle qu'a été pratiquée la ponction avec le trocart. En faisant pénétrer un stylet par cette ouverture on parcourt la poche qui paraît avoir la capacité d'une petite pomme et l'on arrive avec beaucoup de difficulté dans la tumeur du ligament large.

(1) Obs. de M. Viguès, *Thèse*. Paris, 1850. Obs. II, p. 7. — *Quatorze grossesses successives dont la dernière date de deux ans et demi. — Au vingt et unième jour d'une métrorrhagie, malaise, douleurs abdominales. — Développement d'une tumeur abdominale. — Ponction. — Évacuation sanguine par le rectum. — Guérison.*

Le 27 avril 1850, est entrée, salle Sainte-Foy, n° 15, à l'hôpital Saint-Louis, la nommée Aubry, âgée de trente-six ans, marchande de poissons ambulante. Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie qui l'ait obligée de s'aliter ; réglée à

Les hématocèles métrorrhagiques symptomatiques soit d'une affection d'un des organes génitaux, soit d'un état morbide ou d'une

---

seize ans, la menstruation s'établit avec difficulté; mariée deux ans après, elle fut, depuis cette époque, presque continuellement ou enceinte ou nourrice; elle a eu quatorze enfants, dont trois seulement survivent. Depuis sa dernière couche, qui eut lieu il y a deux ans et demi, elle fut parfaitement réglée, ce qui ne lui était pas encore arrivé; les règles ne duraient que deux jours. Il y a deux mois, à la suite de ses règles, elle éprouve sans cause appréciable une métrorrhagie qui dure vingt et un jours : la perte n'était pas telle, cependant, qu'elle fût obligée de garder le lit; elle put même continuer son commerce, quoique, dit-elle, elle salît plusieurs serviettes par jour. La métrorrhagie s'arrête, et le lendemain elle éprouve un malaise considérable, accompagné de perte de l'appétit, de vives douleurs dans l'abdomen, sentiment de pesanteur dans le bas-ventre : la grande faiblesse qu'elle éprouve l'oblige à rester couchée ; elle maigrit beaucoup. Constipation opiniâtre : elle n'obtient de garderobes qu'à l'aide de lavement et de purgatifs. Tous les deux ou trois jours il s'écoulait encore du sang par la vulve, mais en petite quantité. Son ventre qui jusqu'alors, assure-t-elle, était parfaitement souple, avait augmenté de volume depuis la cessation de la métrorrhagie; elle s'aperçoit qu'elle porte dans le bas-ventre une tumeur d'abord peu volumineuse, mais qui s'accroît de jour en jour. Après avoir, pendant quelque temps, fait usage, chez elle, de cataplasmes laudanisés et de bains, elle entre à l'hôpital le 27 avril, et présente l'état suivant :

La face est pâle, mate, amaigrie ; faiblesse considérable; le ventre est tuméfié, douloureux à la pression; décubitus dorsal; cuisses fléchies sur l'abdomen; les moindres mouvements exaspèrent la douleur abdominale; anorexie, pas de vomissements, soif vive ; la peau est chaude, le pouls est faible, peu fréquent. On sent en palpant l'abdomen, et surtout à droite, une tumeur volumineuse remontant du pubis jusqu'à l'ombilic, et occupant la fosse iliaque de ce côté, elle s'étend jusqu'à 3 centimètres à gauche en dehors de la ligne blanche ; la fosse iliaque gauche est libre. Cette tumeur est peu mobile, et paraît comme enclavée dans le petit bassin ; les parois abdominales n'y adhèrent pas et glissent sur elle. A la percussion elle donne un son mat dans toute son étendue; la matité ne se continue pas avec celle du foie, il y a entre eux un espace occupé par l'intestin, et dans lequel on perçoit un son clair. L'auscultation pratiquée sur la tumeur ne fait percevoir aucun bruit. Cette tumeur est arrondie, sans bosselures; sur sa partie antérieure, vers le milieu, elle présente une espèce d'étranglement qui paraît la diviser en deux parties; une inférieure, située au-dessus du pubis, et s'élevant de 12 à 13 centimètres; puis au-dessus existe l'étranglement dont nous venons de parler, et qui forme un sillon qui admet très bien l'extrémité du doigt : on sent alors une nouvelle tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic, jusqu'à 6 centimètres environ du sommet de la première, de sorte que, étendue du pubis à l'ombilic, la tumeur entière offre une hauteur de 19 centimètres environ. Sur les côtés, la première tumeur, qui paraît être l'utérus, est distincte de la tumeur située derrière elle, mais sans pouvoir être aussi bien délimitée qu'en haut; il n'existe pas entre elles de sillon; quant à la tumeur située derrière l'utérus, elle se continue sans délimitation avec celle de la fosse iliaque droite. Cette tumeur est dure, rénitente ; en pressant un peu fortement sur l'abdomen, ce qui fait beaucoup souffrir la malade, on perçoit de la fluctuation, mais d'une manière obscure. Par le toucher vaginal, on sent vers le fond du vagin, derrière sa paroi postérieure, une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une bille de billard environ; si l'on cherche à la soulever, le mouvement imprimé par le doigt est transmis à la main placée sur la tumeur abdominale. La paroi postérieure du vagin est refoulée en avant vers l'antérieure; le calibre de ce conduit est

maladie qui a profondément détérioré la constitution et que pour cette raison j'ai appelées cachectiques, se manifestent chez des

---

rétréci à tel point que c'est à peine si l'on peut introduire le doigt assez profondément pour explorer le col de l'utérus; ce col est plus élevé que de coutume, et appliqué contre la symphyse du pubis; il est légèrement dirigé à gauche; le mouvement que lui imprime le doigt est transmis à la tumeur située au-dessus du pubis. Par le rectum, on sent également une tumeur lisse, arrondie, qui paraît plus volumineuse que par le vagin, elle applique l'une contre l'autre les parois de l'intestin, de sorte que le doigt est pressé contre le sacrum. Si l'on pratique en même temps le toucher vaginal et rectal, le pouce introduit dans le vagin, et l'index dans le rectum, la tumeur est saisie entre ces deux doigts, et l'on sent manifestement de la fluctuation; de ce côté, du moins, la tumeur présente moins de consistance qu'à travers les parois abdominales. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de douleurs ni d'œdème dans les membres inférieurs. (Catap. laud. sur l'abdomen; pot. op.; lavement purg.)

Le 1er mai, après avoir introduit un spéculum plein, et découvert la tumeur, on fait sur la partie la plus saillante une ponction avec un long et gros trocart droit; il s'écoule par la canule quelques cuillerées de sang liquide, noir; alors pour vider plus complétement la poche, on agrandit l'ouverture faite par le trocart avec un lithotome simple, par une incision d'environ 3 centimètres, dirigée de haut en bas, et parallèlement à l'axe du vagin; le sang s'écoule alors en plus grande quantité, il est noir, épais, visqueux, semblable à de la mélasse. Le doigt, introduit par l'incision, constate que les parois de la poche ont un centimètre d'épaisseur. Il s'écoule une palette et demie de sang, la cavité est vide, la tumeur abdominale ne paraît pas cependant avoir diminué. Le doigt introduit plus profondément sent à la partie supérieure une nouvelle tuméfaction; il existait deux poches dont une seule a été ouverte. Dans la journée, l'écoulement sanguin continue en petite quantité; il sort même quelques caillots par le vagin. (Catapl. laud.; lavement.)

Le 2. — Il n'est survenu aucun accident, la tumeur ne paraît pas avoir diminué; le ventre est seulement un peu moins tendu, moins douloureux au toucher : l'écoulement, toujours sanguinolent, est très peu considérable; l'état général est le même. (Même prescription.)

Le 3. — L'écoulement continue, mais il est formé par un liquide sanieux, fétide; à l'aide d'une grosse curette, on enlève quelques caillots commençant à se putréfier; on fait des injections avec de l'eau chlorurée; on les renouvelle plusieurs fois dans la journée, afin de vider la poche du liquide fétide qu'elle contient. L'état général de la malade s'était un peu amélioré, l'appétit était revenu, elle mangeait déjà deux portions, lorsque le 7 mai, elle fut prise d'un léger frisson; la nuit se passa sans sommeil; le lendemain la peau était chaude, le pouls fréquent, la face s'est de nouveau altérée; les douleurs abdominales qui avaient diminué, sont aussi intenses, surtout à gauche de la tumeur; il existe en cet endroit une tuméfaction très douloureuse; la tumeur paraît s'être portée légèrement de droite à gauche et avoir dégagé la fosse iliaque droite; l'écoulement est toujours fétide, il est moins abondant. On continue les injections chlorurées. (Cat.; lav.; bain; onct. merc. sur le ventre.)

Le 11. — Hier, après le bain, la malade fut prise d'un frisson très violent; nausées fréquentes, pas de vomissements. La peau est chaude, sèche; le pouls est petit, fréquent; le ventre est ballonné, douloureux; depuis deux jours, diarrhée formée de matières liquides, jaunâtres. (Cat.; lav. laud; pot. avec 30 grammes de sirop de morphine.)

Le 13. — Sous l'influence de l'opium, la diarrhée cesse; les douleurs sont toujours très vives, les nausées sont plus fréquentes et s'accompagnent de vomissements verts, por-

femmes qui, depuis un temps plus ou moins long, sont sujettes à des pertes, comme on a pu le voir dans le plus grand nombre des obser-

---

racés ; nouveaux frissons, fréquence et petitesse considérable du pouls, face grippée. Hier, à la suite de violentes coliques, elle perd une quantité assez considérable de sang, que l'on a recueilli dans un bassin ; il est liquide, visqueux et noir, semblable à celui qu'on avait obtenu par l'incision ; il paraît mélangé d'une petite quantité de pus. Il est sorti pendant la nuit quelques caillots par le vagin ; l'hémorrhagie a duré toute la nuit ; le volume de la tumeur abdominale ne paraît pas avoir diminué. (Onc. merc.; catapl.; lav. laud.; Seltz.)

Le 14. — Hier soir, nouvelle hémorrhagie, moins abondante ; même état de l'abdomen ; les vomissements continuent, moins abondants, toujours de même nature ; le pouls est toujours très petit, mais il présente moins de fréquence. (Même traitement.)

Le 16. — Depuis le 13, il n'y a pas eu de nouvelle hémorrhagie, les vomissements ont cessé ; l'abdomen est toujours tendu, mais il est moins douloureux ; l'affaiblissement est toujours considérable, la maigreur extrême ; plus d'écoulement par le vagin ; le doigt, introduit afin d'empêcher la cicatrisation de l'ouverture faite à la tumeur, et faciliter l'écoulement des liquides, pénètre facilement : la tumeur qui existait au fond du vagin s'est affaissée et a en partie disparu. (Même traitement.)

Le 20. — Depuis plusieurs jours, les symptômes de péritonite qui s'étaient manifestés avaient disparu ; mais hier, elle fut prise de violentes coliques, de douleurs intolérables dans l'abdomen, de nausées ; la diarrhée reparaît, les selles sont plus abondantes et n'ont plus le même aspect ; au lieu d'être jaunâtres, comme précédemment, elles sont formées par un liquide d'une couleur noirâtre, au milieu duquel on voit disséminés de petits noyaux plus noirs, et semblables à de petits caillots sanguins. La couleur noirâtre est due, en effet, à la présence du sang mélangé aux matières fécales ; au moment de la défécation, la malade ressentait à l'anus un sentiment de brûlure. Les selles continuent à contenir du sang pendant deux jours, mais en moins grande quantité ; aussi sont-elles moins foncées en couleur ; l'abdomen est devenu plus souple, il est à peine douloureux ; par le palper, on constate la diminution de la tumeur située derrière l'utérus ; elle s'élève maintenant à peine au-dessus de lui ; on ne sent plus entre eux le sillon qui les séparait ; du côté de la fosse iliaque droite, même diminution ; la face est toujours pâle, amaigrie ; léger appétit, plus de vomissements. Depuis quelques jours, elle éprouve une toux violente, râles sibilants, crachats muqueux, sonorité du thorax.

Le 26. — Quoique la malade soit encore dans un grand état de faiblesse, les forces sont un peu revenues, la face est toujours pâle, le ventre est souple, indolent ; l'appétit augmente ; toujours un peu de diarrhée ; hier encore, trois selles liquides, toujours de même nature. La bronchite existe encore : au sacrum, légère eschare, n'intéressant que la surface du derme dans une étendue de 2 centimètres.

L'amélioration fait ensuite de rapides progrès ; les forces de la malade reviennent de jour en jour ; la face perd peu à peu sa pâleur, elle se colore ; l'appétit augmente. La malade se lève ; les selles sont toujours liquides, une par jour seulement ; elles ne sont plus noirâtres ; elles ont maintenant une couleur grise, due au mélange d'une certaine quantité de matière purulente, analogue à celle qui s'échappait par le vagin quelques jours après l'opération. L'écoulement vaginal a tout à fait cessé ; la plaie faite par le lithotome n'est pas encore entièrement cicatrisée ; l'abdomen n'est plus douloureux. La malade veut sortir, mais elle est obligée de rester quelques jours pour se guérir de la gale qu'elle a contractée pendant son séjour dans les salles.

Elle sort le 17 juin, dans l'état suivant : l'abdomen, dans toute son étendue, est par-

vations, appartenant à l'une ou à l'autre de ces deux variétés, que j'ai rapportées dans différents paragraphes soit de ce mémoire, soit du mémoire précédent. Cette circonstance, qui avait déjà frappé M. Viguès, et sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention à cause de son importance pour le diagnostic de ces deux variétés d'hématocèles, permet, par suite de l'anémie qui résulte de la fréquence ou de l'abondance des pertes antécédentes à celle dans laquelle se produit l'épiphénomène hématocèle, de rapprocher et presque de confondre dans une même description ces deux variétés, qui offrent un grand nombre de points de ressemblances malgré la différence d'étiologie des premières métrorrhagies ou ménorrhagies. Nous avons vu dans l'une comme dans l'autre de ces variétés, que c'est le plus souvent sans autre cause déterminante que le travail menstruel lui-même, que survient la perte qui, après une durée plus ou moins longue, s'épanchera en partie dans l'abdomen et constituera la tumeur sanguine rétro-utérine (1). Mais nous avons vu aussi que dans l'une comme dans l'autre on a pu parfois invoquer comme cause occasionnelle soit des excès vénériens (2), soit une émotion morale comme dans l'observation suivante qui est assez intéressante en ce que dans celle-ci l'exhalation sanguine, qui a donné lieu à l'épanchement intra-pelvien, survenue à la fin des règles, semble pouvoir être attribuée avec une sorte de certitude à la muqueuse

---

faitement souple, indolent ; il n'y a plus de traces de tumeur : en enfonçant les doigts, même profondément, par le palper abdominal, on n'en sent plus aucun. L'utérus a repris sa position normale ; le col s'est abaissé ; au-dessous de lui, on sent, à la paroi postérieure du vagin, la cicatrice linéaire de l'incision qui a été pratiquée ; dans le vagin, il n'y a de même plus aucune tumeur. Il existe dans la paroi recto-vaginale un lipome de la grosseur d'une noix. La malade a repris un peu d'embonpoint, le teint est redevenu coloré ; depuis quelque temps elle restait levée toute la journée ; les selles sont toujours liquides, elle n'en a qu'une seule par jour : elles ne présentent plus cette couleur noirâtre, elles sont jaunes, elles ne contiennent ni pus ni sang. Quinze jours après, elle revient à l'hôpital ; sa santé ne s'est pas dérangée

J'ai revu cette malade au commencement de ce mois ; elle a pris un embonpoint considérable ; sa face est fortement colorée ; elle a, quelque temps après sa sortie de l'hôpital, repris ses occupations, qui sont très fatigantes, et jamais depuis, elle n'a été indisposée. Les règles ont reparu deux mois après sa sortie ; depuis elles sont toujours venues, aussi régulièrement qu'avant sa maladie. La tumeur ne s'est pas reproduite.

(1) Obs. de M. Malgaigne, rapportée en note, p. 283. Obs. de M. Fenerly, obs. XXXVIII, p. 215. Obs. de M. Heurtaux, rapportée en note, p. 452. Obs XV, p. 466. Obs. XVI, p. 475. Obs. placée en note, p. 479.

(2) Voisin, *Thèse citée*, obs. IV, p. 84.

tubaire, à cause de l'absence de toute métrorrhagie pendant la durée de l'hématocèle et à cause de la constatation réitérée à l'aide du cathétérisme de l'état de vacuité complet qu'offrait l'utérus.

OBSERVATION XVII. — *Affection pelvienne antécédente survenue huit jours après le mariage. — Cinq ans après métrorrhagie. — A la fin de l'époque menstruelle suivante, après une émotion morale, hématocèle. — Guérison par résolution lente.*

Le 23 novembre 1856, entre à l'hôpital de la Pitié, et fut placée dans mon service, salle Sainte-Marthe, n° 17, Augère (Jeanne), âgée de trente et un ans, née au Mont-d'Or, de parents tous deux d'une bonne santé, mariée depuis cinq ans, sans enfants, cuisinière dans une maison de la barrière d'Italie depuis six semaines seulement. Elle fait dater de la veille de son entrée à l'hôpital le début des accidents qui l'y ont fait admettre, et nous avons dû pour cela même insister assez longuement sur ses antécédents.

Cette femme a joui, de même que ses deux frères, d'une bonne santé pendant toute son enfance ; elle se souvient bien d'avoir eu quelques glandes à la région cervicale, mais elles n'ont pas suppuré, et la malade dit même n'en avoir aucunement souffert. Suivant elle, elle n'aurait jamais eu aucune douleur avant sa menstruation, qui eut lieu spontanément vers l'âge de seize ans. Les premières règles ont duré sans douleurs pendant cinq à six jours, elles sont revenues régulièrement le mois suivant, puis la menstruation se suspendit pendant dix-huit mois, pendant lesquels cette femme fut sujette à des pesanteurs de tête, mais pendant lesquels elle n'éprouva aucune douleur abdominale ou lombaire. A dix-huit ans, les règles revinrent spontanément sans avoir été précédées de douleurs ni de malaise, mais tellement abondantes que pendant la première journée de cette époque le sang traversa non-seulement ses vêtements, mais même la chaise sur laquelle elle était assise. Le flux de cette première époque du retour menstruel fut constitué et de sang liquide et de petits caillots, comme cela arrive encore assez souvent aujourd'hui, il dura huit jours. Depuis lors jusqu'au mariage de cette femme, les règles sont venues régulièrement avançant de trois ou quatre jours sur le mois, c'est-à-dire tous les vingt-six ou vingt-sept jours, précédées la veille de quelques coliques; elles fluent abondamment pendant quatre jours, pendant lesquels existent quelques coliques légères, puis médiocrement abondantes pendant quatre autres jours, et alors sans aucune douleur. Cette femme, dont les réponses paraissent dignes de toute créance, n'avait jamais eu de rapports sexuels avant son mariage, qui eut lieu à vingt-six ans, le premier jour d'une époque menstruelle; les règles vinrent le soir même du jour du mariage, durèrent huit jours comme à l'ordinaire, mais

furent suivies, aussitôt la cessation du flux, de douleurs vives occupant la partie inférieure droite du ventre qui, suivant le dire de la malade, devint très gros. On fut obligé d'appliquer quinze sangsues sur la région abdominale qui était le siége des douleurs et de faire garder à la malade un repos absolu au lit pendant un mois. Elle se leva alors, les douleurs reparurent, moins intenses toutefois qu'au début, et durèrent environ trois mois. Alors la santé se rétablit et resta bonne jusqu'à l'année dernière où, en dehors de toute époque menstruelle, la malade éprouva des coliques, et de nouveau une douleur vive dans la partie inférieure droite du bas-ventre qui s'exaspérait à chaque secousse de toux, elle rendait à la même époque comme des morceaux de chair dans un liquide ressemblant à de la lavure de viande, et elle souffrait beaucoup en allant à la garderobe. Cette affection restée indéterminée par suite du peu de précision des renseignements, retint cette malade au lit pendant quinze jours, après lesquels la santé redevint assez bonne.

Les règles se présentèrent régulièrement jusqu'au mois de septembre dernier, où elles viennent le 2 et durent leur temps normal. Dans les premiers jours d'octobre, cette femme, au lieu de ses règles, est prise d'un flux blanc très abondant qui bientôt s'accompagne de coliques assez vives. Le 6 octobre, pour calmer ces coliques, elle va prendre un bain; à la suite de celui-ci les règles ou du moins un flux sanguin, très abondant, se produit, dure huit jours, se reproduisant très abondant chaque fois que la malade marche. Après cette perte, que les renseignements donnés par la malade qui paraît très véridique, empêchent de considérer comme une fausse couche (elle assure très positivement n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis quatre mois), cette femme reste souffrante, éprouvant des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, telles qu'elle avait de la peine à se tenir debout; elle pâlit, maigrit, perd l'appétit, au point d'être obligée de se forcer pour manger; et chacun des repas est suivi de douleurs épigastriques. Malgré cet état de santé, elle entre comme cuisinière dans la maison où elle est actuellement placée; nonobstant la fatigue assez grande de cette condition, elle va un peu mieux, mais cependant reste souffrante de douleurs de reins tout le mois, en proie à une constipation opiniâtre d'abord et à de la diarrhée ensuite. Les règles sont de nouveau en retard, elles viennent le 16 novembre seulement; la malade se trouve soulagée. Le vendredi 21, quoique l'écoulement sanguin eût été pour elle peu abondant, elle allait assez bien ou plutôt pas mal, son ventre en particulier ce jour-là était plat. Le samedi 22, elle était encore assez bien, les règles continuaient à couler, mais très peu, lorsque dans l'après-midi, en plaisantant, on la prend par la taille et on l'enlève de terre. Immédiatement elle éprouve une douleur très vive dans les reins comme si on les lui avait cassés, dit-elle; elle est aussitôt obligée de s'asseoir, bien qu'elle n'éprouve cependant aucune défaillance. Le soir, elle ne peut se tenir droite, elle est forcée d'être comme pliée en deux à cause de l'intensité de la douleur lombaire. Toutefois, à ce moment

elle ne ressentait ni coliques ni pesanteur pelvienne, et la miction se faisait bien et sans douleurs. Elle se couche de bonne heure, et en se couchant applique un cataplasme sur le ventre, qui à ce moment ne présentait pas encore de tumeur. Elle ne peut fermer l'œil de la nuit, elle est brûlante, agitée, et dans cette nuit elle a senti, assure-t-elle positivement, se développer et grossir la tumeur abdominale qu'elle présente aujourd'hui. Le matin, elle ne pouvait uriner et la miction causait de vives douleurs ; c'est alors, dit-elle, qu'elle a ressenti les coliques utérines qui persistent depuis ce moment, et qui l'ont décidée à se faire apporter dès le dimanche matin à l'hôpital, où, au moment de son entrée, elle perdait encore un peu de sang par les organes génitaux. Le lendemain nous la trouvons dans l'état suivant :

24 novembre. — Cette femme, grande, brune, assez maigre, d'une coloration jaune, un peu terreuse, les yeux enfoncés dans l'orbitre, le nez allongé, le sillon naso-labial assez tiré, la figure légèrement grippée, semble à première vue assez profondément débilitée. D'une voix faible, entrecoupée, elle nous dit cependant qu'elle se trouve sensiblement mieux depuis l'application des douze sangsues qui a été faite hier, que depuis cette émission sanguine, qui a été assez abondante, la douleur abdominale et les coliques qu'elle éprouvait ont sensiblement diminué. Elle a eu quelques menaces de défaillance, mais pas de syncope. Inappétence complète, soif modérée, la langue est plate, à peine grisâtre, très légèrement humide, pas de nausées ni de vomissements ; constipation. La peau est moyennement chaude, elle l'était plus hier soir, la malade n'a pas eu de frissons. Pouls 100, petit.

L'abdomen, mais surtout sa partie inférieure, est douloureux, pour la malade, elle éprouve un sentiment de tension pénible qui la force d'être constamment dans le décubitus dorsal, et l'empêche de s'incliner d'un côté ou de l'autre, surtout à droite. La sensibilité morbide, dont l'abdomen est le siége, s'exaspère légèrement à la pression, mais elle est assez modérée pour qu'elle ne gêne pas notablement l'exploration. Le ventre est développé à peu près comme l'est celui d'une femme enceinte de cinq mois, notamment dans sa partie inférieure où l'on constate l'existence d'une tumeur assez régulièrement arrondie, qui dépasse le pubis de 12 à 13 centimètres, très sensiblement inclinée dans la fosse iliaque droite qu'elle remplit, tandis que la fosse iliaque gauche est libre dans sa partie externe. Cette tumeur assez lisse, complétement mate à la percussion, et au niveau de laquelle l'auscultation ne fait constater aucun bruit anormal, offre à la palpation une sensation toute spéciale qui se rapproche de celle que donne un utérus gravide, mais avec un peu plus de mollesse. Les mouvements imprimés à cette tumeur abdominale se communiquent à la pulpe du doigt placée sur la tumeur qui se trouve en arrière du col utérin.

Pour atteindre cet organe par le toucher vaginal, on est obligé de recourber le doigt pour aller chercher le col derrière le pubis, contre lequel il est reporté, et comme appuyé, son orifice regardant directement en arrière et en bas.

Derrière le col, ou plutôt plus bas que lui, on sent située entre le rectum et le vagin une tumeur arrondie, globuleuse, assez régulière qui s'étend plus à droite qu'à gauche. Cette tumeur a une consistance molle, quoiqu'elle soit assez fortement tendue, elle présente manifestement de la fluctuation. Le doigt revient couvert d'une petite quantité de mucus d'un rouge brunâtre et de quelques débris de muqueuse qui paraissent provenir de la cavité du col. — Prescription : Tis. oranger ; eau de Seltz ; un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum ; quatre bouillons.

Le 26. — L'état de la malade est resté sensiblement le même, on n'a à noter qu'une seule chose, c'est que hier la malade, après quelques coliques utérines assez vives, a émis une très faible quantité de sang qui forme sur le linge trois ou quatre taches d'une teinte analogue à celles que formeraient quelques gouttes de chocolat. On trouve dans ces taches de sang des débris d'épithélium. — Même prescription : Un bain.

Le 27. — La malade s'est trouvée assez bien dans le bain qui l'a soulagée, mais elle se plaint qu'en revenant elle a été exposée au froid, et alors a souffert. Le décubitus est toujours dorsal, cependant elle peut aujourd'hui s'incliner un peu à gauche, tandis que ce lui est impossible à droite à cause de la sensation de tension qu'elle éprouve. Elle a eu quelques heures de sommeil, mais troublé par des rêves affreux. Elle éprouve toujours quelques coliques et mal aux reins. Hier elle n'a plus perdu de sang, le linge ne présente pas de taches.

L'abdomen, quoiqu'il soit encore très tendu, ballonné, surtout du côté droit, paraît cependant un peu moins développé que les premiers jours. La tumeur qui l'occupe, oblongue, ovoïde, inclinée à droite, remonte toujours à 0,13 au-dessus du pubis. Le col utérin est un peu descendu, et surtout il est moins appuyé contre le pubis, et regarde moins en arrière, de sorte qu'on peut plus facilement le circonscrire ; il est arrondi, d'une consistance normale, légèrement entr'ouvert. La tumeur postérieure, plus étendue à droite et en arrière qu'à gauche, arrondie, peu saillante, est souple, et présente encore au toucher vaginal une fluctuation manifeste. Par le toucher rectal elle paraît plus dure et plus régulièrement arrondie.

Soif modérée, inappétence, langue un peu sèche avec un très léger enduit d'un blanc jaunâtre ; constipation ; de temps à autre tendance à la syncope, pas de frissons, mais le soir la peau est brûlante, il y a de la sueur au réveil ; actuellement la température de la peau est normale ; pouls assez mou, 104. — Même prescription, à laquelle on ajoute l'administration de 30 grammes d'huile de ricin.

28. — Sous l'influence du purgatif la constipation, qui existait depuis cinq jours, a cédé, six à sept selles légèrement diarrhéiques ont eu lieu, et ont beaucoup fatigué la malade. Elle se trouve d'une faiblesse excessive, et elle éprouve toujours une très grande difficulté pour les mouvements. Le pouls

est tombé à 96 pulsations, il est petit, un peu mou, la température de la peau normale. — Même prescription moins le purgatif.

29. — La malade a passé une très mauvaise nuit, parce que dans le lit voisin était placée une femme en couches dont le travail a été laborieux, et qu'elle a eu des selles diarrhéiques (quatre dans les vingt-quatre heures). Elle se trouve très fatiguée, très mal à l'aise; cependant elle n'a éprouvé de coliques d'aucune sorte, les douleurs de reins persistent; l'abdomen est plus gros, mais il est surtout plus ballonné. Pas d'écoulement vaginal. Pouls assez développé, 112. Vingt-quatre respirations. — Prescription : Décoction de ratanhia; eau de Seltz; julep diacode; cataplasmes laudanisés; bouillons; potages.

Le 2 décembre. — La diarrhée s'est arrêtée le 30. Hier déjà, la malade se trouvait sensiblement mieux, se plaignait presque uniquement du ballonnement considérable de son ventre qui entravait toujours les mouvements, et pour lequel on a prescrit un lavement de camomille. Malgré ce ballonnement du ventre elle éprouvait de l'appétit qui lui a fait donner une potion. Aujourd'hui l'aspect général est bon, la figure n'est plus grippée, les joues ont pris une teinte légèrement rosée; soif modérée, appétit, la langue plate, un peu blanchâtre. Une selle normale hier provoquée par le lavement. La malade conserve le décubitus dorsal dans lequel elle ne souffre pas, ou du moins dans lequel elle n'éprouve qu'une sensation de courbature lombaire, et quelques coliques. L'abdomen est souple, mou, indolent, sensible seulement à la pression. On délimite aujourd'hui très facilement la tumeur qui l'occupe, assez molle, ne remontant qu'à 0,10 du pubis, ne dépassant à gauche la ligne médiane que de trois travers de doigt, occupant la fosse iliaque droite tout entière, mais séparée cependant de la crête iliaque de ce côté d'une manière assez notable. Pas d'écoulement sanguin. — Même prescription : Une portion ; 200 grammes vin de Bordeaux.

Le 4. — La malade continue à se trouver assez bien, on en profite pour soumettre la malade à un examen plus circonstancié.

La tumeur abdominale ressemble à un utérus gravide de quatre mois, incliné à droite.

Le col au toucher est petit, verticalement placé, mais toujours très rapproché du pubis; il commence à redescendre dans la concavité du sacrum; au spéculum il est sain, rosé, sans aucune érosion ; il offre d'avant en arrière 0,20 et 0,24 transversalement, son orifice transversal est de 0,036. Une sonde d'homme de petite dimension pénètre facilement jusqu'à 0,035, est arrêtée là, et revient couverte seulement de mucus; en employant le procédé de M. Leroy (d'Étioles) pour faire pénétrer la sonde plus loin que son mandrin, on traverse l'orifice cervico-utérin, et alors la sonde pénètre sans douleur pour la malade jusqu'à 0,065. Les yeux de la sonde contiennent seulement du mucus à

peine sanguinolent. Le vagin paraît normal, mais contient une sécrétion muco-purulente assez abondante.

Le toucher fait encore constater que la tumeur placée en arrière du col a sensiblement diminué, au lieu de former une saillie arrondie dépassant le col, elle s'est aplatie et se trouve à plus d'un centimètre en arrière de l'extrémité antérieure de cet organe. De chaque côté, à droite et à gauche, on peut sentir les bords du col en arrière duquel se trouve la tumeur qui déborde chacun de ces bords surtout le droit. En arrière du col entre lui et la tumeur existe un sillon de séparation qui permet de placer l'extrémité de l'index, de sorte qu'on a les mesures suivantes :

De l'orifice vaginal	au col	0,045
Id.	au cul-de-sac antérieur	0,06,
Id.	jusqu'au fond du sillon de séparation postérieur.	0,06,
Id.	à la tumeur elle-même.	0,053 seulement.

Cette tumeur englobe plus l'utérus à droite qu'à gauche, elle remplit surtout plus complétement la partie postérieure du cul-de-sac droit. Elle est aujourd'hui complétement solide. — On réintroduit la sonde pour la laisser à demeure. — Même prescription.

Le 5 décembre. — La malade n'a éprouvé ni coliques ni douleurs abdominales, elle a senti seulement quelques picotements dans les seins, semblables à ceux qu'elle ressent avant ses règles. Dans le sommeil, qui a été paisible, la sonde s'est dérangée, et est sortie, il s'est écoulé en même temps un peu de liquide qui a formé sur le linge trois taches de la grandeur d'une pièce de cinq francs, constituées par du mucus un peu sanguinolent. On trouve dans les yeux de la sonde un liquide semblable. La tumeur abdominale persiste dépassant le pubis de quatre travers de doigt, la palpation n'est pas douloureuse. Cependant la malade a eu un peu de diarrhée et sa figure semble un peu tirée. En combinant la palpation et le toucher vaginal il semblerait qu'on trouve de nouveau une fluctuation obscure. — Prescription : Quatre sangsues sur le col. Continuer le reste de la prescription.

Le 6. — Les sangsues ont beaucoup saigné, la malade se trouve affaiblie, elle est surtout excessivement inquiète, dans une sorte d'excitation nerveuse. La tumeur reste dans le même état. Trois selles diarrhéiques. — Prescription : Tis. oranger ; potion antispasmodique ; bain ; trois quarts de lavement laudanisé ; une portion, vin de Bordeaux.

Le 8. — La malade se trouve bien, le facies est bon, il présente seulement un amaigrissement assez notable. La malade n'éprouve d'autres douleurs qu'un peu d'engourdissement dans le membre inférieur gauche ; appétit très vif, selle régulière. Le ventre est souple, indolent ; la tumeur abdominale modérément dure, ne monte plus qu'à 0,07 au-dessus du pubis, et présente 0,06 seulement dans la plus grande largeur transversale. Au lieu d'être supérieure-

ment arrondie régulièrement, son sommet offre une légère excavation de manière à lui donner une légère apparence bicorne. Écoulement leucorrhéique assez abondant; 80 pulsations; peau fraîche. — Prescription : Til. julep, diac.; catapl. laud.; deux portions; 120 grammes, vin de Bordeaux.

Le 17. — L'amélioration a été continuant lentement; hier la malade, qui était constipée depuis six jours, a éprouvé quelques coliques à la suite desquelles elle a eu une garderobe. La tumeur abdominale n'a pas sensiblement diminué, elle remonte toujours à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, mais son sommet s'est plus excavé qu'il ne l'était le 8. La tumeur vaginale à laquelle se communiquent toujours très nettement les mouvements imprimés à la partie de la tumeur émergente dans l'abdomen est aujourd'hui inégale, elle paraît se bilober d'avant en arrière par suite d'une espèce de sillon de séparation située à sa partie moyenne. Quand la malade essaye de marcher, elle éprouve une pesanteur assez marquée et une légère douleur lombaire. Écoulement muqueux assez abondant. Même prescription.

Le 23. — Depuis le 18, la malade a eu chaque jour quelques selles diarrhéiques, mais elles ne contenaient ni sang, ni pus; cette diarrhée n'existe plus depuis hier; la malade se trouve bien. La tumeur abdominale persiste dans le même état, mais plus bicorne. La tumeur vaginale est dure, inégale, indolente et offre au doigt la sensation d'un caillot sanguin très résistant, plus volumineuse aujourd'hui à gauche qu'à droite. Le col est bien placé, seulement il regarde aujourd'hui en arrière d'une façon assez marquée. Écoulement d'un blanc jaunâtre assez abondant. La malade reste toujours assez pâle, 72 pulsations; peau fraîche. — Même prescription.

Le 3 janvier. — Hier la malade a eu dans la journée quelques coliques utérines, légères, sans douleurs de reins, et sans picotements des seins, elle éprouve la légère mélancolie qui précède ordinairement ses règles. L'abdomen est un peu gonflé, la tumeur, sans avoir notablement augmenté de volume, est plus tendue, la corne gauche notamment paraît un peu plus volumineuse et plus dure. Écoulement blanchâtre peu abondant. — Prescription : Quatre sangsues sur le col; décoction de ratanhia; deux portions.

Le 4. — Les sangsues ont modérément coulé; la malade n'éprouve plus de douleurs utérines; l'abdomen est aujourd'hui extrêmement météorisé. Le lendemain 5, ce ballonnement a disparu, l'abdomen est souple, revenu à son état normal; on peut constater une notable diminution d'une partie de la tumeur abdominale. Elle s'est plus excavée supérieurement, tandis que la partie gauche est restée la même; la partie droite a diminué de manière à être moins élevée que la corne opposée qu'elle dépassait encore les jours derniers. La malade est bien, elle est seulement constipée. — Prescription : Eau de veau; eau de Seltz; bain; cataplasmes; quatre portions.

Le 10. — La malade se trouve bien, elle n'éprouve aucune douleur, elle reste cependant toujours pâle et présente un bruit de souffle vasculaire assez

marqué. La tumeur abdominale a de nouveau diminué, mais c'est aujourd'hui la corne gauche, qui offre une diminution sensible, elle s'est mise de niveau avec la corne droite. La surface de cette tumeur est irrégulière, présente des bosselures assez marquées, elle est dure et complétement indolente. Le col utérin est à peu près bien placé, regardant un peu en arrière et à droite. La partie médiane de la tumeur rétro utérine a disparu. Sur le bord gauche du col on trouve comme implantée une saillie globuleuse dure, indolente, du volume d'une noix, qui suit les mouvements imprimés à l'utérus. Dans le cul-de-sac droit on sent, en le déprimant assez fortement, une tumeur dure, arrondie, très nettement séparée du col et qui se continue manifestement avec la partie droite de la tumeur abdominale. Cette tumeur, qui ne suit pas les mouvements imprimés à l'utérus, reçoit au contraire directement l'impulsion qui est communiquée à la partie droite de la tumeur abdominale. Écoulement leucorrhéique très peu abondant. — Prescription : Tisane commune ; quatre portions, vin de Bordeaux.

Le lendemain sur les instances de la malade on lui accorde sa sortie. Elle devait revenir à l'hôpital si quelques douleurs reparaissaient, mais elle ne s'est pas représentée depuis cette époque.

Je ne m'arrêterai pas à discuter cette observation pour légitimer le diagnostic que l'enchaînement des accidents, la soudaineité du développement de la tumeur, la succession des changements divers de consistance qu'elle a offerts, me paraissaient rendre incontestable, bien qu'il n'y ait eu dans ce fait aucune évacuation soit artificielle, soit spontanée du contenu de la tumeur rétro-utérine qui a lentement diminué par le fait d'une résorption graduelle, dont j'avais besoin de rapporter au moins un exemple. J'ai hâte de signaler l'ensemble symptomatique tout particulier que présentent les hématocèles de cette espèce, soit qu'elles soient survenues sous l'influence d'une cause déterminante, insignifiante comme dans l'observation précédente, ou après des fatigues (1), ou sans cause déterminante (2), soit qu'elle se soient manifestées après des excès vénériens (3), soit même qu'elles se soient produites après un avor-

(1) Voyez l'observation publiée par M. Gallard, *Union médicale*, 1855, t. IX, n° 134, p. 539, dans laquelle l'hématocèle est survenue après des fatigues.

(2) Obs. de M. Malgaigne, rapportée en note mémoire précédent, p. 283. — Obs. de M. Heurtaux, rapportée en note, p. 452. — Obs. de M. Voisin, obs. XV, p. 467. — Obs. de M. Heurtaux, obs. XVI, p. 475. — Obs. de M. Silvestre, rapportée en note, p. 479. — Obs. de M. Viguès, rapportée en note, p. 484.

(3) Voyez observation de M. Voisin, publiée dans sa *Thèse*, obs. IV, p. 84, que je

tement (1). L'ensemble symptomatique particulier aux hématocèles métrorrhagiques et spécialement celui qui est propre à la quatrième variété est caractérisé : par l'existence d'un flux sanguin extérieur au moment où l'hématocèle se produit; par le peu de gravité de la péritonite, que détermine la migration intra-abdominale du sang, qui est telle parfois que M. Trousseau a pu mettre en doute son existence (2) ; par l'aspect cachectique, anémique des malades ; par le retour excessivement fréquent, au bout de quelques jours ou de quelques heures après le début de l'hématocèle, d'une métrorrhagie qui presque intarissable, persiste tant que l'épanchement sanguin ne commence pas à se résorber ; caractérisée enfin par le défaut, ou le peu d'intensité, dans la généralité des cas, d'exacerbations mensuellement périodiques correspondantes aux époques menstruelles suivantes, qui existent au contraire si marquées dans les rétentions menstruelles.

Je n'ai pas, après tous les développements dans lesquels je suis entré pour établir la filiation des hématocèles métrorrhagiques, et démontrer que ces épanchements sanguins ne sont qu'un épiphénomène accidentel qui peut survenir dans toute perte, de quelque nature qu'elle soit, besoin d'insister sur l'importance séméiotique de la préexistence à la production de l'hématocèle d'un flux sanguin extérieur, qui se trouve indiquée dans toutes les observations de cette espèce, une seule exceptée (3). Mais j'ai à appeler tout particulièrement l'attention sur le peu d'intensité en général dans cette espèce, l'indolence même presque complète dans quelques cas, de la péritonite que fait naître la migration intra-abdominale de la métrorrhagie, qui est telle parfois que M. Trousseau s'est cru, comme je viens de le dire, autorisé par la bénignité des accidents péritonéaux dans ces faits, et par les résultats d'injections sanguines faites dans la plèvre de chevaux, à nier l'existence de l'inflammation de la séreuse dans les premières phases des hématocèles. Je ne discuterai pas si le rapprochement de ces expériences et des hématocèles est

---

n'ai pas rapportée parce que le diagnostic m'a paru très douteux, qu'il m'a semblé qu'il s'agissait dans ce fait d'une pelvi-péritonite simple et non d'une hématocèle. Voyez l'observation rapportée un peu plus loin en note, p. 498.

(1) Obs. de M. H. Bourdon, rapportée mémoire précédent, obs. XXXV, p. 202. — Obs. de M. West, obs. XIII, p. 461 ; — et obs. de M. Viguès, obs. XIV, p. 464.

(2) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 29 juin 1858, p. 298 et suiv.

(3) Obs. XIV, p. 464.

parfaitement légitime, et si en particulier le sang exhalé pathologiquement par la muqueuse génitale peut être considéré comme du sang vivant, semblable à celui qui circule dans la jugulaire, je me contenterai de dire que l'observation de M. Siredey, qui sera rapportée dans le mémoire suivant, en établissant qu'il faut qu'un épanchement sanguin intra-pelvien soit enkysté par des fausses membranes péritonéales pour constituer une tumeur rétro-utérine perceptible au toucher, infirme l'opinion de M. Trousseau. La constatation, dans l'observation précédente (1), trente-six heures après le début des accidents, d'une de ces tumeurs rétro-utérines qui exigent pour être perceptibles un travail inflammatoire du péritoine, vient dès lors mettre hors de contestation l'existence de la péritonite dans les premières phases de l'hématocèle. Elle établit, contrairement à la négation de M. Trousseau, que le passage dans l'abdomen du sang exhalé par la muqueuse génitale détermine l'inflammation de la séreuse pelvienne, et qu'on doit considérer comme signe de celle-ci la douleur subite, vive, qui est le phénomène initial, indicateur de l'épanchement intra-pelvien.

Mais, si le résultat des expériences invoquées par M. Trousseau n'est pas complétement applicable aux hématocèles, il peut du moins rendre compte de la différence d'intensité qu'offre dans les différentes espèces de cette affection la péritonite produite par le passage du sang vivant dans les ruptures, suivant les expressions de M. Trousseau, du sang mort dans les hématocèles métrorrhagiques, et du cadavre du sang plus ou moins altéré dans les rétentions menstruelles. Ces expériences permettent en particulier de comprendre l'indolence presque complète de certaines hématocèles métrorrhagiques, qui parfois a été telle que certaines femmes ont pu continuer leurs occupations (2), ou les reprendre après quelques jours d'interruption, mais pour les suspendre bientôt, les unes et les autres, par suite de l'exacerbation qu'amenait la fatigue (3). J'insiste sur ce fait très important pour le diagnostic, qui avait à si juste titre frappé l'esprit éminemment pratique de M. Nélaton, et avait attiré son attention avant qu'il n'eût malheureusement impatronisé dans la gynécologie le nom d'hématocèle, que je voudrais voir oublié à cause de la dé-

(1) Obs. XVII, p. 482.
(2) Obs. de M. H. Bourdon, *loc. cit.*, p. 202. — Obs. de Viguès, p. 464.
(3) Obs. de M. Gallard, *loc. cit.*

plorable confusion qu'il a fait naître. J'y insiste parce que cette bénignité des accidents péritonéaux au début de l'hématocèle métrorrhagique peut, comme je l'ai déjà dit, faire confondre les tumeurs sanguines rétro-utérines symptomatiques d'états cachectiques avec les tumeurs fibreuses. Je reviens sur ce point que j'ai déjà indiqué dans le mémoire précédent pour convaincre, par l'insistance que j'y mets, de toute la difficulté qu'on peut rencontrer, et que j'ai souvent éprouvée, je ne crains pas de le dire, à poser le diagnostic dans ces circonstances, et qui est surtout très grande lorsqu'il s'agit de femmes dans l'âge de la ménopause que j'ai vu deux fois déterminer des hématocèles (1). Malgré l'intérêt pratique attaché à la connaissance de ces formes insidieuses des épanchements sanguins intrapelviens, je ne crois pas cependant nécessaire d'en présenter une description circonstanciée qui se trouve toute tracée dans quelques-unes des observations que j'ai rapportées (2), et assez nettement indiquée dans le tableau de la péritonite hémorrhagique que j'ai exposée assez longuement dans le mémoire précédent (3) pour pouvoir y renvoyer. Je dirai seulement qu'on trouve peut-être plus souvent dans cette variété des hématocèles métrorrhagiques que dans celles qui résultent d'un trouble de l'excrétion, les vomissements incoercibles que j'ai signalés, et qui semblent dépendre ici, comme on peut le voir par l'observation que j'ai placée en note (4), et de la péritonite et de l'état nerveux que présentent les malades.

---

(1) J'ai indiqué l'une de ces observations, p. 274. J'ai vu l'autre malade, âgée de quarante-sept ans, en 1857, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon excellent ami M. Boucher. L'observation de cette malade, recueillie par un élève étranger au service, est tellement défectueuse sous le rapport des antécédents et de la symptomatologie, que je n'ai pas à donner l'indication bibliographique de la thèse dans laquelle elle se trouve publiée.

(2) Obs. de M. Silvestre, rapportée en note, p. 274.

(3) Voyez p. 193 et suivantes.

(4) Obs. — *Affection pelvienne antécédente. — Métrorrhagie. — Vingt jours après, début de l'hématocèle. — Vomissements incoercibles. — Opium administré jusqu'à narcotisme. — Guérison.*

Le 12 mars 1859, entra à la Pitié, et fut placée dans mon service, salle Notre-Dame, n° 38, L... (Justine), âgée de vingt ans, née à Neuilly, demeurant à Paris, rue Montmartre, n° 147, fille publique, et qui, à cause même de cette misérable condition qu'elle cherche à dissimuler, ne donne que très incomplétement les renseignements qu'on lui demande sur les causes de la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Née d'un père, qui est mort phthisique, cette fille a été très maladive dans sa première

Je ne m'étendrai pas longuement sur l'aspect cachectique ou plus souvent profondément anémique qu'offrent tout spécialement les femmes affectées d'hématocèles métrorrhagiques, parce que les différents observateurs ont insisté sur ce fait, mais sans faire

---

enfance, elle a présenté des incurvations rachitiques des jambes, a eu des ganglions cervicaux assez volumineux qui n'ont pas suppuré, mais dont l'un a été enlevé par une opération sanglante. Elle était maigre, chétive, sujette à des crampes d'estomac, lorsque sans douleurs les règles ont paru pour la première fois à quatorze ans et demi. La menstruation fut parfaitement régulière dès le début, mais très abondante; elle perd pendant huit jours assez abondamment pour être obligée pendant tout ce temps de se garnir, puis l'écoulement dure encore, mais alors très modéré, pendant quatre jours. Les rapports sexuels, dont le premier eut lieu à l'âge de seize ans et demi, n'ont pas modifié cette abondance, on doit noter seulement que ces pertes abondantes, qui n'ont pas paru fatiguer cette fille jusqu'à l'âge de dix-huit ans, sont suivies, depuis cette époque, d'une assez grande faiblesse et d'une notable pâleur. C'est du reste à cet âge que s'est manifesté un changement très notable dans sa santé; on lui apprit brusquement la mort de sa mère qui s'était remariée, et qu'elle n'avait pas vue depuis assez longtemps par suite des mésintelligences qui existaient entre elles; cette nouvelle détermina une attaque de nerfs qui pendant dix à douze jours se renouvela chaque jour. Depuis, les attaques hystériques se sont éloignées, elles sont rares actuellement, mais cette femme reste sujette à des palpitations, elle éprouve une sensation très pénible de constriction épigastrique à la moindre contrariété. Néanmoins depuis dix-huit mois elle a pris un notable embonpoint, et il semble, d'après l'embarras de ses réponses, que c'est depuis qu'elle est devenue fille publique qu'elle a commencé à prendre cet embonpoint.

Il y a huit mois elle fut retenue au lit pendant tout un mois par une affection qu'elle désigne sous le nom d'inflammation du bas-ventre, et qui était caractérisée par des douleurs très vives occupant la partie médiane du bas-ventre, sans irradiations plus marquées à droite qu'à gauche, par des douleurs lombaires qui la forçaient à marcher pliée en deux quand elle essayait de se lever, caractérisée enfin par des nausées, quelques vomissements et une fièvre très marquée. Après un mois de séjour au lit elle a pu se lever, mais elle est restée très souffrante encore pendant tout le mois suivant.

Je n'ai pu déterminer si cette affection pelvienne pouvait être rattachée à une fausse couche; toujours est-il que, suivant la malade, elle ne ressentait aucune douleur dépendante de cette affection passée, lorsque le 6 février, sans qu'il ait été possible de savoir si c'est après des excès vénériens ou sans une cause déterminante quelconque, les règles, à leur époque régulière d'ailleurs, vinrent avec plus d'abondance encore que d'habitude. Cette perte, qui n'avait pas eu comme phénomène initial une douleur vive et subite, s'accompagna de souffrances assez vives à la région médiane et latérale droite du bas-ventre qui se prolongeaient dans le membre inférieur droit. Les douleurs allèrent graduellement en augmentant de manière à obliger la malade à prendre le lit le quatrième jour de leur invasion. Après quelques jours de repos pendant lesquels les nausées que la malade éprouvait disparurent, puis les douleurs commencèrent à diminuer un peu, mais assez lentement, malgré l'application continue de cataplasmes, elle ne put se lever que le seizième jour. A ce moment, bien que le ventre restât un peu gros, sensible et lourd pendant la station, elle put se lever, marcher même, et avoir des rapports sexuels qui ne furent nullement douloureux. Le 2 mars, ainsi quatre jours après la cessation du repos au lit, mais sans que nous ayons pu faire préciser s'il y avait eu ou non une cause

remarquer qu'il ne se rencontre pas dans toutes les variétés, et qu'il ne faut pas l'attribuer uniquement à l'hématocèle, qu'on doit faire la part qu'ont pu avoir dans sa production les pertes plus ou moins nombreuses antécédentes à l'épanchement sanguin intra-

---

déterminante, les douleurs reparurent beaucoup plus vives qu'elles ne l'avaient été en février, occupant, comme à la première manifestation, la partie médiane et le côté droit du bas-ventre et se prolongeant dans la cuisse droite, s'exagérant très notablement lors de la miction et de la défécation; l'appétit qui n'était pas revenu se perdit complétement, les nausées reparurent et bientôt la malade de nouveau alitée vomit tout ce qu'elle prenait. Le 4 mars, la perte suspendue reparut plus abondante encore que le 6 février, sans amendement aucun des douleurs qui allèrent au contraire croissant chaque jour, accompagnées de vomissements presque incessants qui décidèrent la malade à se faire apporter le 12 à la Pitié, où, après trois jours de séjour, elle présente l'état suivant.

15 mars. — L'expression de la figure porte l'empreinte de la souffrance, les yeux sont cernés, les plis du visage tirés, cette malade présente en un mot assez exactement le facies abdominal; le teint est pâle, mais sans être cachectique ni même très anémique; on n'entend le long des vaisseaux du cou et à la base du cœur qu'un bruit de souffle assez doux sans redoublement. Il n'y a pas de bruit anormal à l'auscultation des régions sous-claviculaires.

La malade garde constamment et forcément le décubitus dorsal sans pouvoir s'incliner d'un côté ou de l'autre à cause de l'intensité de la douleur que cette inclinaison détermine et parce qu'elle provoque le retour de vomissements presque incessants. La langue est plate, large, garde l'impression des dents, elle est recouverte seulement d'un enduit d'un gris jaunâtre. Inappétence absolue, soif vive, d'autant plus intolérable que la malade ne peut la satisfaire, parce que aussitôt qu'elle essaye de le faire, l'état nauséeux constant qu'elle éprouve est remplacé par des maux de cœur, une sensation de pyrosis et des crampes d'estomac qui amènent l'expulsion pénible du liquide ingéré et de mucosités stomacales qui vient retentir douloureusement dans la partie inférieure droite du ventre.

L'abdomen, légèrement augmenté de volume, offre inférieurement une voussure assez marquée qui dessine assez distinctement la tuméfaction qui occupe la partie inférieure du ventre, et dont la limite supérieure forme une ligne onduleuse constituée par deux courbes se réunissant sur la ligne médiane. La partie la plus considérable de cette tumeur occupe la fosse iliaque droite, remonte par son sommet à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, puis la limite supérieure de cette tumeur s'infléchit sur la ligne médiane et après une très légère convexité qu'elle présente dans la fosse iliaque gauche, s'abaisse alors bien plus rapidement pour se terminer au-dessous de l'épine iliaque inférieure de ce côté. La palpation, très douloureuse surtout dans la fosse iliaque droite, permet cependant de reconnaître que cette tuméfaction présente une assez notable consistance, mais une consistance toute spéciale. Cette tumeur abdominale se continue manifestement avec une tumeur située en arrière et à droite de l'utérus que le toucher permet de constater, et qui reçoit directement les mouvements imprimés à la tumeur abdominale.

Le toucher assez douloureux fait reconnaître d'abord que le col est petit, aplati contre le pubis; assez fortement élevé et regardant un peu à droite, de telle sorte qu'il est facile, malgré le peu d'étendue du cul-de-sac gauche, de suivre le bord gauche du col jusqu'au corps de l'utérus qui est incliné à gauche et dont le segment inférieur paraît un peu élargi. Dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit, qui sont très notablement agrandis, on trouve une tumeur arrondie, assez ferme, globuleuse, entourant toute la

pelvien. Je dois surtout rappeler à cette occasion qu'une péritonite d'une cause quelconque imprime au facies une apparence cachectique par la contraction des traits qu'elle détermine, par la teinte d'un blanc blafard quelquefois violacé qu'elle donne au visage, et

---

partie postérieure et droite de l'utérus, qui présente latéralement à droite des parties d'une consistance assez ferme, des sortes de noyaux qui offrent la sensation propre aux coagulations sanguines, tandis que la partie de la tumeur directement postérieure est pâteuse. Le doigt réveille des douleurs très vives, insupportables pour la malade ; il revient coloré par un sang assez épais, sans odeur spéciale, exactement semblable à celui qui constitue la perte persistante depuis onze jours.

Indépendamment de ces douleurs que la palpation ou le toucher fait naître, la malade ressent à peu près constamment dans le côté droit des douleurs comparables à une sorte de torsoin qui s'exaspèrent par moment et s'accompagnent alors d'élancements s'irradiant le long de la partie interne de la cuisse. Le moindre mouvement, la toux, mais surtout la défécation font reparaître ces douleurs ; elles ont été hier beaucoup plus vives dans le bain qui cependant a été donné à la malade en la faisant passer directement de son lit dans la baignoire ; elles sont devenues pendant ce bain assez violentes pour causer des lypothymies. La malade est sans fièvre ; le pouls bat 72 ; la température de la peau est naturelle.—Prescription : Décoction de ratanhia et eau de Seltz ; tannin 0,50 ; potion avec 0,002 de strychnine à administrer par cuillerée d'heure en heure ; cataplasmes froids ; deux injections contenant chacune 15 gouttes de laudanum ; vin de quinquina 60 grammes et vin de Bordeaux 200 grammes à prendre par cuillerées.

Le 19. — La potion avec la strychnine, augmentée graduellement d'un milligramme chaque jour, n'a en rien modifié l'état nauséeux ni suspendu les vomissements presque incessants de la malade, qui hier restait dans le même état que le 15. Depuis hier elle a pris jusqu'à léger narcotisme, d'heure en heure, une pilule contenant 0,01 d'extrait d'opium. Elle a dû en prendre huit dans les vingt-quatre heures pour arriver à un semi-narcotisme permanent. Sous cette influence elle a été calme toute la journée, la tête lourde, sans autre pensée que le besoin du repos, elle n'a pas eu de sommeil véritable ; elle a pu uriner et aller à la selle avec beaucoup moins de douleurs ; elle a pu même sucer une côtelette sans avoir de vomissements. Par deux fois seulement elle a senti dans la journée d'hier des douleurs dans le côté droit. Sous l'influence de ce même traitement, mais avec la nécessité d'augmenter chaque jour le nombre des pilules, cette amélioration continue le 20, 21 et le 22. Le toucher semble donner les mêmes résultats que le 15, mais il faut dire qu'il est presque impossible d'employer cette exploration et surtout de la prolonger aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour constater les différences survenues, parce que si on la fait durer, immédiatement surviennent des envies de vomir, puis des vomissements. L'écoulement sanguin peu à peu diminué est presque nul le 22.

Le 23. — L'écoulement sanguin s'est complétement arrêté. La malade a pu dormir deux heures environ couchée sur le côté droit ; elle a été réveillée ce matin par une crise de douleurs très vives dans le côté droit qui a déterminé quelques vomissements ; cette crise était accompagnée d'une sensation d'engourdissement dans la cuisse droite telle que la malade ne pouvait mouvoir ce membre inférieur, elle a peu duré. Aucune crise semblable ne s'est reproduite depuis que la malade a pris des pilules d'opium, dont elle n'avait pas fait usage depuis plusieurs heures lorsque les douleurs se sont manifestées. La figure commence à être moins pâle que lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, son expression

rappeler qu'il faut savoir distinguer cette altération péritonitique du visage de la teinte réellement anémique qui se manifeste après les pertes de sang considérables. J'ai dû signaler tout particulièrement ce fait parce que, si une anémie profonde doit inspirer une très grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines, il faut

---

est assez bonne, le ventre est beaucoup moins douloureux, bien qu'il ne puisse cependant supporter encore aucune pression. La tumeur abdominale commence à diminuer de hauteur.

Le 25. — La journée d'hier a été bonne, la malade est restée à demi endormie presque toute la journée et la nuit, le nombre des pilules a dû être porté à 20. Hier elle n'a vomi qu'une seule fois après avoir pris son vin de quinquina. Elle n'éprouve plus de douleurs qu'après la miction et la défécation. Le facies est bon, la soif commence à être moins vive, aujourd'hui pour la première fois la malade sent un peu d'appétit. — Prescription : Eau de Seltz; glace ; 20 pilules de 0,01 d'extrait gommeux d'opium ; vin de quinquina 100 grammes et vin de Bordeaux 200 grammes. Cataplasmes et injections laudanisés. Deux côtelettes.

Le 28. — L'amélioration a été augmentant chaque jour. Hier la malade a été enveloppée pendant cinq minutes dans un drap mouillé ; elle n'a éprouvé d'oppression qu'au moment de l'enveloppement dans la couverture de laine, il a bientôt cessé lorsque la transpiration s'est manifestée. Les douleurs ont encore diminué, la miction a été, hier, indolente, il n'y a plus de pénibles que les mouvements. La malade peut manger une portion sans avoir de vomissements. La pression de la partie inférieure du ventre, encore très pénible, permet cependant de constater la diminution graduelle de la tumeur qui au toucher vaginal est également sensiblement moindre, mais très notablement indurée. — Même prescription ; une portion.

Le 6 avril. — L'amélioration persiste, la malade mange un peu et reprend des forces, elle se lève depuis deux jours ; hier, après être restée trop longtemps levée, elle a eu un vomissement. La malade ne ressent aucun phénomène qui indique la menstruation, quoiqu'elle soit à l'époque ; pas de douleurs de reins, pas de pesanteurs dans les aines ; pas de modifications du caractère.

Le 12. — La malade n'éprouve plus aucune douleur ni dans le ventre, ni dans les reins, ni dans les cuisses, la pression seule, exercée avec une certaine force sur la fosse iliaque droite détermine une assez vive souffrance ; elle fait constater un reste d'induration profonde. Le toucher fait voir que le col est aujourd'hui à 0,04 seulement de l'anneau vulvaire, long, régulier, conique, fermé, qu'il est porté en avant.

On trouve de cet anneau vulvaire	au cul-de-sac antérieur.....	0,052
—	au cul-de-sac postérieur.....	0,047
—	au cul-de-sac droit.....	0,05
—	au cul-de-sac gauche.....	0,047.

Dans le cul-de-sac postérieur existe une induration assez marquée. L'utérus est mobile, à peine douloureux au ballottement. Depuis les enveloppements la malade n'a plus ni nausées, ni aucune de ces crampes d'estomac qui étaient si douloureuses. L'appétit est bon. Les règles ne sont pas venues. La malade demande sa sortie promettant de la manière la plus formelle de revenir si elle éprouvait quelque accident, et s'il survenait en particulier quelque douleur à l'époque menstruelle prochaine. Nous ne l'avons pas revue depuis sa sortie de l'hôpital.

parfois, au contraire, y avoir recours avec une certaine audace chez des femmes qui offrent un aspect cholériforme dépendant d'une inflammation de la séreuse pelvienne. La difficulté de discerner les unes des autres ces diverses altérations du facies, que l'observation des malades peut seule apprendre et qui échappent à toute description, doit faire rechercher avec grand soin les autres signes spéciaux de l'anémie et rechercher avec plus grand soin encore les signes qui sont propres aux hématocèles métrorrhagiques qui me restent à indiquer.

Le plus important de ceux-ci c'est la reproduction de la métrorrhagie antécédente à l'hématocèle si elle a été suspendue, ou le retour de son abondance si elle a été diminuée seulement par l'irruption du sang dans l'abdomen, ou enfin la persistance de l'écoulement sanguin extérieur s'il n'a pas été modifié par la migration intra-abdominale d'une partie de la perte. Mais il faut pour que ce signe, qu'on ne peut, ainsi que je l'ai indiqué antérieurement, considérer avec M. Laugier comme un signe pathognomonique des hématocèles en général, ni même comme un signe pathognomonique de la variété que nous étudions, ait une importance seméiotique réelle qu'on ait soigneusement déterminé que la métrorrhagie s'est manifestée dans la première phase de l'affection pelvienne, parce que des pertes peuvent se rencontrer, mais à diverses périodes, dans un grand nombre d'affections des organes génitaux qu'il est possible de confondre avec les hématocèles métrorrhagiques, et peuvent aussi se rencontrer, comme je l'ai signalé, à une période tardive des rétentions menstruelles. Aussi est-il nécessaire, pour distinguer en particulier l'hémorrhagie par regorgement, qui s'observe dans celles-ci, du flux sanguin qui caractérise les hématocèles métrorrhagiques, de tenir compte non-seulement de l'époque d'apparition de la métrorrhagie, mais aussi de la constance et de l'intensité des douleurs utérines expulsives dans les rétentions menstruelles, de leur peu de fréquence au contraire et de leur irrégularité dans les hématocèles métrorrhagiques, où ces douleurs dysménorrhéiques sont, par rapport à celles qui ont lieu dans les rétentions, l'analogue du travail d'accouchement incomplet, qui survient dans les grossesses extra-utérines, comparé au véritable travail de parturition qui a lieu dans les avortements. Il faut tenir compte enfin que ces douleurs dysménorrhéiques, lorsqu'elles s'observent dans les mé-

trorrhagies, se manifestent avec l'écoulement sanguin ou le précèdent immédiatement, tandis que l'hémorrhagie par regorgement ne survient dans les rétentions cataméniales qu'après un certain nombre de recrudescences périodiques de douleurs, pendant chacune desquelles la matrice s'est efforcée en vain d'amener l'accouchement menstruel.

J'ai si longuement et si souvent insisté sur l'existence dans les rétentions menstruelles d'une période prodromique de distension des organes génitaux, qui précède pendant un temps plus ou moins long l'épanchement sanguin intra-pelvien, et sur son absence, au contraire, dans les hématocèles métrorrhagiques, que je n'ai besoin ici que de rappeler cette différence considérable qui existe entre ces deux espèces et qui constitue l'élément le plus important de leur diagnostic différentiel. Pour la même raison, je n'ai qu'à signaler la récurrence mensuellement périodique, pour ainsi dire constante, d'accidents graves et surtout de l'augmentation de volume de la tumeur pelvienne dans les rétentions menstruelles, qui est, sinon exceptionnelle, au moins rare dans les hématocèles métrorrhagiques dans lesquelles le travail menstruel ne ramène le plus souvent qu'une recrudescence inflammatoire, mais qui peut cependant, comme je viens encore de l'observer ces jours derniers, donner lieu à une seconde migration dans l'abdomen d'une partie de la perte suscitée par le retour du molimen menstruel. Je ne m'étendrai pas sur la valeur diagnostique de cette différence que présente en général la marche des hématocèles dans ses différentes espèces et qui explique l'importance plus ou moins grande qu'ont attachée aux augmentations mensuellement périodiques de la tumeur rétro-utérine les divers observateurs, suivant qu'ils avaient rencontré, les uns, un plus grand nombre d'hématocèles par vice d'excrétion, les autres au contraire, un plus grand nombre d'hématocèles métrorrhagiques qu'ils réunissaient indistinctement et abusivement les unes aux autres pour tracer la description de leur prétendue maladie hématocèle.

Je crois inutile d'insister sur cette différence, cependant assez caractéristique, parce qu'elle peut venir confirmer seulement le jugement que le médecin doit, pour le bien de ses malades, avoir porté, avant l'époque où ce signe se manifeste, sur l'origine probable de l'épanchement sanguin qui constitue la tumeur rétro-utérine dont j'ai assez longuement exposé les signes dans le mé-

moire précédent pour pouvoir renvoyer à la description que j'ai tracée de ces tumeurs. J'ai également suffisamment énuméré les erreurs de diagnostic dont elles peuvent être cause, pour ne pas revenir ici sur le diagnostic différentiel des tumeurs avec lesquelles peuvent être confondus les épanchements sanguins dont j'ai essayé dans ce travail de décrire du mieux que j'ai pu les différentes variétés. Ces variétés, abstraction faite de la pelvipéritonite hémorrhagique dont l'existence n'est pas suffisamment mise hors de contestation, peuvent, dans l'état de vacuité bien entendu, être rapportées, au point de vue symptomatique et thérapeutique, à trois espèces distinctes dont j'ai en quelques mots à résumer les principaux caractères :

Hématocèles par rupture soit d'un vaisseau, soit d'un quelconque des organes génitaux, dans lesquelles l'épanchement sanguin intrapéritonéal, survenu sans aucun signe prémonitoire, est essentiellement caractérisé par le groupe de symptômes qu'on a attribué aux hémorrhagies abdominales internes.

Hématocèles par vice d'excrétion menstruelle, dans lesquelles l'épanchement sanguin intra-pelvien donne lieu à une péritonite en général assez grave et dont le début subit, très nettement marqué, a été précédé pendant un temps plus ou moins long par les signes qui caractérisent la rétention du flux cataménial.

Hématocèles par vice, par exagération de l'exhalation sanguine des organes génitaux, dans lesquelles l'épanchement sanguin, survenant souvent d'une manière assez insidieuse, en général dans le cours d'une perte, donne lieu à une péritonite qui est comparativement peu caractérisée, et s'accompagne des signes de prostration des forces ou d'anémie, suivant les diverses variétés de cette dernière espèce, dont j'ai à exposer, mais assez sommairement, les indications thérapeutiques.

Les détails, en effet, dans lesquels je suis entré en formulant le traitement de chacune des espèces précédentes, me permettront d'être court dans l'exposition du traitement de celle-ci, dans laquelle existe, comme du reste existait également dans chacune des deux espèces précédentes, une indication générale commune à toutes ses variétés, qui consiste dans les hématocèles métrorrhagiques à modérer, à suspendre, si faire se peut, le fluxus sanguin qui se produit vers les organes génitaux et qui a donné lieu à l'exhalation pathologique

dont une partie s'est déversée dans le péritoine. Mais, si nous trouvons pour remplir cette indication générale un certain nombre de prescriptions communes applicables à toutes les variétés de cette espèce, qui sont les médications des hémorrhagies en général, nous voyons qu'il y a à côté de celles-ci des indications propres à chacune des variétés qui sont suscitées par la cause toute spéciale du fluxus dans chacune d'elles.

Ainsi dans les hématocèles symptomatiques des pyrexies, dans lesquelles l'hémorrhagie procréatrice de l'épanchement intra-pelvien est le signe de la gravité extrême, souvent même de la forme maligne de la maladie, on trouve l'indication pressante d'ajouter aux applications froides sur le ventre et aux boissons astringentes et acidules l'administration des cordiaux et des toniques diffusibles. On peut même dire qu'alors même qu'on aurait diagnostiqué une hématocèle, qui, dans ces circonstances graves, passe le plus souvent inaperçue, on ne devrait pas s'en préoccuper pour concentrer toute son attention sur la forme même de la maladie dont elle est une manifestation, et par conséquent prescrire, si on les croyait indiquées, dans des fièvres éruptives par exemple, les préparations ammoniacales : esprit de Mindérérus ou autre, malgré la contre-indication qui semblerait résulter de l'aptitude hémorrhagique transitoire créée par la malignité. On doit surtout, dans ces graves circonstances, alors même que les douleurs éprouvées par la malade et des vomissements survenant dans le cours d'une métrorrhagie, viendraient, comme dans l'observation de M. Scanzoni (1), révéler une assez grande acuité de la péritonite hémorrhagique, se garder d'avoir recours à des émissions sanguines qui, au lieu d'être utiles, précipiteraient la terminaison fatale.

On doit au contraire, malgré l'existence d'une perte et l'aspect anémique qui peut en résulter, avoir recours au début de l'hématocèle à des émissions sanguines, lorsqu'il semble résulter de l'interrogatoire des malades que le fluxus sanguin, dont les organes génitaux sont devenus le siége et qui a produit la perte, est symptomatique d'une affection plus ou moins ancienne des organes génitaux ramenée à une phase d'activité par une cause déterminante. Mais, après avoir satisfait à l'indication urgente du début de l'hématocèle, il faut dans

(1) Observation XI, p. 446.

ces circonstances, être très réservé dans l'emploi de nouvelles émissions, il faut tenir compte, si on est obligé d'y avoir recours plusieurs fois, de l'état anémique que présentent les malades. Il faut surtout tâcher alors de discerner si le fluxus sanguin est bien symptomatique de l'état morbide des organes génitaux ou de l'état anémique qui a été engendré par les premières pertes, et ainsi mérite le nom d'hématocèle cachectique, bien que le point de départ des accidents ait été un travail inflammatoire.

Dans les hématocèles de cette dernière variété, c'est-à-dire dans les hématocèles métrorrhagiques symptomatiques d'un état cachectique, il faut après la première période de l'épanchement intra-péritonéal, dans laquelle l'acuité de la péritonite indique le plus souvent une application de sangsues, complétement s'abstenir d'y revenir jusqu'à l'époque du retour de la menstruation; non-seulement elles ne sont pas indiquées, mais elles sont nuisibles, comme je l'ai vu dans la dernière observation que j'ai rapportée, et dont il m'est permis de critiquer le traitement, puisqu'elle m'est personnelle (1). Pendant cette période intercalaire à deux époques menstruelles on tâchera de modérer le fluxus sanguin par le repos absolu dans le décubitus dorsal, par des cataplasmes très fortement narcotiques, froids d'abord et ensuite tièdes, par des injections laudanisées, par l'administration à l'intérieur de préparations de ratanhia et de tannin, et enfin par une sage administration de toniques fixes. A cette médication générale, nécessairement modifiée suivant les cas particuliers, je conseillerai d'ajouter l'administration de l'opium jusqu'à narcotisme pour ainsi dire permanent et plus ou moins prolongé, s'il y a des vomissements incoercibles ou une surexcitation nerveuse, s'il y a surtout des douleurs de distension abdominale, comme chez la malade dont j'ai placé l'observation en note (2), et qui ont paru à M. Nélaton nécessiter une ponction (3) dont je rejette l'emploi dans cette circonstance. Il m'a semblé que chez la malade que j'ai observée cette médication narcotique, indiquée par des vomissements incoercibles, avait aidé puissamment le travail de résorption de la tumeur en supprimant la fluxion qui est la conséquence de la douleur. Si

(1) Obs. XVII, p. 488.
(2) Observation placée en note, p. 498.
(3) Observation XV, p. 466.

cette douleur de distension augmente ou reparaît à l'approche de l'époque menstruelle suivante, dont on doit avoir fait préciser exactement la date, si même il se manifeste à cette époque le moindre phénomène congestif du côté de la tumeur, je conseille de faire, au jour exact où la menstruation devrait survenir, une application de sangsues sur le col utérin malgré l'état anémique des malades, pour éviter par cette déplétion du système circulatoire utérin tout fluxus pathologique et solliciter le travail de résorption qu'on voit souvent alors se manifester très rapide. Cette première période menstruelle passée, et passée sans encombre, je conseillerai l'emploi des ferrugineux dont je m'abstiens jusque-là, celui des enveloppements dans le drap mouillé et un régime réparateur, auquel on peut se trouver bien d'associer l'administration tous les trois jours de 2 à 4 grammes de poudre de quinquina royal, préconisée par M. Trousseau comme un spécifique, mais ce que je n'ai pu déterminer. Il m'a semblé seulement que le quinquina ainsi administré était parfaitement approprié à la cachexie anémique propre aux femmes affectées d'hématocèles métrorrhagiques dont il est si important, je le répète en finissant, de discerner le faciès tout particulier, qui se rapproche de celui qu'offrent les malades en proie à des affections organiques, du faciès péritonitique et de la teinte pâle, blafarde, propre aux hématocèles par rupture, et en particulier propre aux hématocèles par rupture de kystes fœtaux extra-utérins qui seront étudiées dans le mémoire suivant. Je dois dire que ce troisième mémoire est tout entier de mon ami et collaborateur M. Goupil, que je n'y ai eu qu'une participation presque insignifiante, tandis que la responsabilité des deux premiers m'incombe tout entière, ce que j'ai tenu à signaler pour mettre mon collaborateur à l'abri des critiques, dont ils peuvent être passibles malgré toute la peine que j'ai prise pour rendre mon travail le moins imparfait qu'il m'a été possible.

DES HÉMORRHAGIES INTRA-PELVIENNES

DANS LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Le mémoire précédent contient l'histoire générale des hémorrhagies intra-pelviennes fournies par les organes génitaux, dans l'état de vacuité; celui-ci devait, pour que le sujet fût complétement traité, être consacré aux hémorrhagies intra-pelviennes, qui surviennent pendant la grossesse, que la gestation soit normale ou extra-utérine. Cependant, au risque de laisser une lacune, nous ne nous occuperons pas des hémorrhagies intra-pelviennes qui surviennent dans les grossesses utérines, non-seulement parce que ces accidents sont essentiellement du domaine obstétrical, mais surtout parce que ces hémorrhagies à de très rares exceptions près, dans lesquelles elles résultent soit d'apoplexies de l'ovaire (1), soit de rupture de la trompe (2), sont le fait de ruptures veineuses (3) et se rattachent ainsi à l'histoire pathologique du thrombus, qui a été tracée d'une manière si remarquable par Deneux (4), qu'il n'y a pour ainsi dire rien à y ajouter.

Notre description ne pourrait être qu'une paraphrase de son travail original, auquel nous renvoyons, et auquel il ne resterait à

---

(1) A. Chereau, *Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires*, p. 169, 170 et 171. Paris, 1844.

(2) A.-C. Baudelocque, *Traité des hémorrhagies internes de l'utérus*, p. 166, obs. LXII. Paris, 1831.

(3) M. Jacquemier rapporte quatre exemples d'hémorrhagies survenues pendant la grossesse et l'accouchement par le fait de ruptures de veines. Voir le mémoire précédent, p. 301 en note.

Madame Lachapelle a vu également une seule fois des varices de l'ovaire se rompre pendant l'accouchement et causer une hémorrhagie intérieure promptement mortelle. (*Pratique des accouchements*, t. III, p. 86 en note.)

(4) Deneux, *Recherches pratiques sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1835.

joindre que l'histoire presque impossible à tracer aujourd'hui des apoplexies de l'ovaire survenues pendant la gestation (1). Nous nous bornerons donc à présenter dans ce travail l'histoire des hémorrhagies intra-pelviennes symptomatiques des grossesses extra-utérines qui par la difficulté du diagnostic de la grossesse elle-même, par l'époque peu avancée de la gestation à laquelle elles surviennent, par l'existence d'une tumeur péri-utérine qui les caractérise, et enfin par leur fréquence assez grande, ont en gynécologie une importance majeure. Il est en effet presque impossible de faire un pas dans l'histoire et surtout dans le diagnostic des maladies des femmes, si l'on n'a pas une connaissance assez complète des grossesses extra-utérines et surtout des accidents qui malheureusement les terminent trop souvent d'une manière funeste.

La terminaison rapidement mortelle des hémorrhagies, qui, dans le plus grand nombre des cas de grossesse extra-utérine, viennent mettre un terme fatal à la gestation, fait que les épanchements sanguins auxquels elles donnent lieu sont rarement enkystés ; aussi le nom d'hématocèles donné à ces collections sanguines peut-il sembler contestable à ceux qui ont réservé ce nom au deuxième stade de cette affection sans l'attribuer au premier. Mais il n'est pas possible de scinder ainsi le même phénomène pathologique, et de donner le nom au travail pathologique que suscite ce caillot sans s'occuper de la première période de l'hémorrhagie qui est cependant au moins aussi intéressante à connaître que la seconde. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce point et de faire sentir que l'histoire du caillot pelvien n'a qu'une importance secondaire auprès de la détermination de la source de l'hémorrhagie qui vient terminer fatalement les grossesses extra-utérines. La fréquence de cet accident est assez grande pour que j'aie pu baser mon analyse sur quarante-deux observations, sinon très complètes, au moins d'un diagnostic irrécusable, parce que j'ai pris soin d'éliminer non-seulement celles qui ne me paraissaient pas légitimement mériter ce nom (2), bien qu'elles l'aient reçu, mais même

(1) Nous ne croyons pas devoir comprendre parmi ces hémorrhagies, celles qui sont déterminées par des ruptures soit complètes, soit incomplètes, de l'utérus, qui ne se rapportent qu'à l'accouchement, et que nous ne pourrions considérer comme sources d'hématocèle que par une interprétation forcée.

(2) Voir l'observation de M. Sylvestre, p. 274.

celles qui sont un peu douteuses (1), et celles qui ont paru se prêter à une autre interprétation alors même qu'elles me paraissaient incontestables (2). Dans ces quarante-deux observations l'hémorrhagie a eu des origines diverses qui permettent de diviser ces faits en cinq espèces distinctes.

Dans la première l'hémorrhagie a eu pour cause la rupture des veines utéro-ovariennes dilatées, de telle sorte que cette première espèce d'hématocèle symptomatique de grossesse extra-utérine représente pour ainsi dire une des variétés des thrombus de la gestation normale.

Dans la seconde l'hémorrhagie a eu pour cause la rupture de l'ovaire, qu'on voit également survenir sous l'influence de la grossesse lorsque le produit de conception occupe l'utérus.

Dans la troisième espèce, c'est la rupture ou plutôt une solution de continuité de la trompe qui a causé l'hémorrhagie.

Dans les deux dernières espèces qui sont exclusivement propres aux grossesses extra-utérines par opposition aux trois premières, et qui par cela même présentent un intérêt tout spécial, l'hémorrhagie a été fournie par le kyste fœtal lui-même, et produite dans la quatrième espèce, qui contient les faits les plus nombreux, par la rupture du kyste.

Dans la cinquième espèce (3), l'hémorrhagie se fait à l'intérieur

---

(1) Obs. de M. Piogey, *Thèse inaugurale* de M. Viguès, p. 26. Paris, 1850.

(2) Obs. de M. Ménière, *Archives générales de médecine*, t. XI, p. 169. Année 1826.

(3) Peut-être aurions-nous dû former une sixième espèce dans laquelle l'épanchement sanguin est causé par une simple hémorrhagie de la trompe, variété tout à fait analogue à celle que nous avons décrite dans l'état de vacuité sous le nom de métrorrhagique. Mais cette classe ne serait fondée que sur une observation, dans laquelle il n'est donné aucun détail ni sur les antécédents, ni sur la symptomatologie ; le fœtus lui-même n'a pas été retrouvé, et la certitude d'une grossesse extra-utérine n'est établie que par la présence d'une membrane qui, examinée par M. Robin, a présenté tous les caractères du chorion. Aussi, sans chercher à tracer une histoire impossible en l'absence de faits suffisants, nous bornons-nous à reproduire cette observation telle que l'a publiée M. Fenerly dans sa *Thèse inaugurale*, p. 46. Paris, 1855.

Une malade, âgée de trente-quatre ans, est entrée dans le service de M. Rostan dans les premiers jours du mois de décembre 1854, avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Malgré le traitement très actif auquel on l'a soumise, elle a succombé dix jours après son entrée. A l'autopsie, on a trouvé, en ouvrant l'abdomen, les traces d'une péritonite, des adhérences entre les anses intestinales, de la sérosité purulente, etc.; en plus une assez grande quantité de sang noirâtre, épais, visqueux, sur les circonvolutions intestinales les plus inférieures. Par l'examen des organes génitaux, on constatait que

même du kyste fœtal lui-même, et peut entraîner la mort sans solution de continuité, sans épanchement de sang dans la cavité péritonéale, et ainsi sans produire une véritable hématocèle. Aussi aurions-nous dû, si nous avions tenu au sens rigoureux du mot, omettre de décrire cette espèce plus intéressante cependant que toute autre pour le diagnostic différentiel des hématocèles dans l'état de vacuité, comme on le verra lorsque nous serons arrivé à cette partie de notre sujet. Mais il faut préalablement que nous passions successivement en revue chacune des espèces que nous venons d'indiquer et que nous rapportions les observations afférentes à chacune d'elles qui nous serviront à tracer ensuite le diagnostic différentiel des hématocèles de l'état de vacuité et des hémorrhagies intra-pelviennes symptomatiques des grossesses extra-utérines, diagnostic qui est le véritable but de notre travail.

§ 1. — Notre première espèce, bien que nous ayons indiqué cinq exemples de ruptures veineuses pendant des grossesses normales, ne contient qu'un seul fait absolument probant de rupture d'une des veines ovariennes pendant une grossesse extra-utérine ; mais cette observation, que nous empruntons à Ollivier (d'Angers), ne peut permettre aucun doute à cet égard.

---

les deux ovaires existaient; ils étaient un peu rouges, rosés, comme granulés, ratatinés, et avec des circonvolutions. Utérus un peu plus développé, et à parois plus épaisses qu'à l'état normal. La trompe gauche ne présente rien de particulier; la droite, au contraire, présente un développement considérable. Ce développement est situé à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de ce conduit, il est formé par un caillot, gros comme un œuf de poule, de forme ovoïde ou pyriforme, présentant un prolongement du côté du pavillon de la trompe, prolongement qui ressemble à la queue d'une poire dont la grosse extrémité est tournée en dedans. Cette masse est de couleur rouge foncé, surtout vers la partie interne, qui est plus foncée que l'externe; sa consistance est assez grande. La section perpendiculaire de la tumeur nous fait voir, à quelques lignes de la paroi supérieure de la trompe, une cavité de 2 à 3 centimètres de longueur qui paraît être formée par la trompe dilatée sur ce point; cette cavité est entourée d'un caillot sanguin, qui est plus épais vers la partie inférieure de cette cavité ; l'intérieur de celle-ci est tapissé par une membrane très mince, d'aspect séreux, qui a présenté au microscope tous les caractères du chorion. Le caillot présente à la coupe la même disposition qu'à l'extérieur, c'est-à-dire qu'il est plus rouge, plus foncé vers la partie interne; il paraît formé d'un épanchement de sang plus récent. La partie externe et inférieure, d'une teinte rouge, rosée, claire, paraît être formée par un caillot plus ancien, et présente quelque analogie avec les caillots des anévrysmes ; il est assez dense et comme stratifié. La trompe droite était oblitérée à ses deux bouts ; la cavité utérine était tapissée par une muqueuse tuméfiée, et plus vascularisée qu'à l'état normal.

OBSERVATION Ire (1). — *Etat de santé mauvais. — Métrorrhagie pendant six semaines, puis tout à coup douleurs de ventre, syncope, symptômes d'hémorrhagie interne. — Mort sept heures après le début des accidents. — A l'autopsie, énorme caillot remplissant le petit bassin. — Légère dilatation de l'utérus. — Grossesse tubaire. — Rupture des veines ovariennes.*

Vincent (Pierrette), âgée de vingt-huit à vingt-neuf ans, depuis longtemps dans un état valétudinaire, éprouva une perte vers le commencement d'avril, pour laquelle elle alla consulter un charlatan le 24 du même mois. Celui-ci lui donna des pilules composées de terre bolaire et d'extrait de ratanhia, ainsi que l'analyse l'a démontré. Malgré l'usage de ce médicament, la perte n'en continua pas moins, quand elle ressentit tout à coup, le 9 mai dernier, à deux heures de l'après-midi, des douleurs de ventre avec hoquet, syncopes, vomissements, froid des extrémités, décoloration de la peau; en un mot, tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Ces accidents persistèrent nonobstant tous les moyens qu'on employa pour les combattre, et la fille Pierrette Vincent succomba le soir même, à neuf heures.

La rapidité de cette mort qui coïncidait avec l'administration des pilules vendues par un charlatan, ayant fait penser qu'une terminaison aussi promptement funeste pouvait avoir été déterminée par le médicament prescrit, je fus chargé par M. le procureur du roi, conjointement avec M. le docteur Boys de Loury, de procéder à l'ouverture du cadavre, opération qui fut faite le lendemain, à six heures du soir.

Autopsie. — Décoloration générale de la peau, peu d'amaigrissement. Ventre énormément tuméfié, mais particulièrement dans la région hypogastrique, qui fait une saillie conoïde très prononcée. En incisant les parois abdominales, il s'écoule une quantité considérable de sang noir liquide, encore tiède. Tous les intestins, distendus par des gaz, sont soulevés par une masse énorme de sang coagulé qui remplit toute l'excavation du bassin, formant un caillot dense et noirâtre, encore chaud, du poids de quatre livres environ. Au-dessus de l'ovaire droit nous trouvâmes une tumeur ovoïde, longue de deux pouces et demi à trois pouces, d'un pouce et demi de diamètre environ, dirigée transversalement, de couleur brunâtre, contenue dans la trompe de ce côté, qui était ainsi fort élargie. Du côté de son extrémité libre, c'est-à-dire du pavillon, cet orifice, complétement fermé, était remplacé par un petit prolongement conique qui semblait être formé par la réunion de toutes les den-

(1) *Mémoire sur un cas de grossesse tubaire avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie chez la femme* (*Archives générales de médecine*, 2e série, t. V, p. 403 et suiv.).

telures du pavillon qui adhéraient entre elles, sorte de cicatrice rayonnée dont la disposition était assez analogue au froncement de l'enveloppe de l'extrémité d'un saucisson. Du côté de l'utérus, le reste de la trompe, dont la longueur était d'un pouce environ, après s'être rétréci progressivement, conservait le volume d'une plume ordinaire. Le conduit de cette trompe était libre et plus dilaté qne celui du côté gauche.

Vers le milieu de la longueur de la tumeur qui vient d'être décrite, et à travers l'épaisseur de son enveloppe séro-fibreuse, on remarquait, dans l'étendue circulaire d'une pièce de 50 centimes environ, une teinte bleuâtre plus foncée, évidemment formée par un liquide coloré, immédiatement sous-jacent, dont on sentait très bien la fluctuation. Je pratiquai une incision dans toute la longueur de la tumeur, et je mis ainsi à découvert une masse spongieuse d'un brun rougeâtre, analogue au placenta par son aspect charnu, sa consistance et son aspect vasculaire. A peu près à la partie moyenne de cette masse spongieuse on remarquait une ampoule membraneuse, affaissée sur elle-même, formée par une lame excessivement mince, transparente, que soulevait un liquide rougeâtre et limpide. J'incisai avec beaucoup de précaution la lamelle membraneuse qui formait l'ampoule, et je reconnus très manifestement, dans le corps blanchâtre que contenait cette cavité, un embryon aplati latéralement, dont le développement était celui qu'on observe à quatre ou cinq semaines de conception.

Je ne trouvai aucun vestige de vésicule ombilicale ; le cordon était filiforme, sans renflement dans son trajet. Ainsi, la membrane que j'avais incisée n'était autre que l'amnios, probablement doublé du chorion, enveloppé incomplétement par le placenta, dont la configuration résultait de celle de la cavité qui le contenait, et sur laquelle il était moulé ; il n'adhérait que faiblement aux parois de la trompe élargie. Il me fut impossible d'étudier les diverses parties de cet œuf, car la déformation qu'elles avaient éprouvée en se développant dans la trompe avait altéré tous leurs rapports.

L'ovaire droit, plus volumineux que le gauche, était surmonté par une large vésicule à parois opaques, un peu affaissées sur elles-mêmes, contenant un liquide glaireux, blanchâtre, au centre duquel était une matière jaune, concrète, très distincte.

L'utérus n'offrait pas un développement correspondant à celui de l'œuf que renfermait la trompe ; le volume de son corps ne nous parut pas plus considérable qu'il ne l'est dans l'état normal, mais le col était très allongé, sa cavité plus ample, remplie d'un mucus rougeâtre. Les parois de cet organe avaient peu d'épaisseur, elles n'étaient pas injectées de sang ; elles étaient plutôt blanches, de même que celles de la cavité du corps utérin, qui ne contenait aucun vestige de membrane caduque.

Dans l'épaisseur du ligament large, commun à la trompe et à l'ovaire droits, existait un plexus veineux rempli de sang noir et coagulé ; chaque rameau

veineux, de la grosseur d'une plume à écrire, offrait dans son trajet plusieurs étranglements analogues à ceux qui correspondent à l'insertion des valvules. Ces veines communiquaient entre elles par de fréquentes et larges anastomoses ; il y avait *une véritable dilatation variqueuse des parois de ces canaux veineux ; l'un d'eux était le siége d'une rupture très circonscrite*, qui avait donné lieu à l'hémorrhagie mortelle que l'autopsie nous a fait constater. Il n'existait rien de semblable dans le ligament large du côté opposé.

A la suite de cette observation, Ollivier (d'Angers) insiste sur l'existence des varices tubo-ovariennes, sur la rupture de ces varices, dont il rapporte la connaissance à Chaussier, et enfin sur les épanchements sanguins intra-péritonéaux, qui sont le résultat de ces ruptures, surtout dans l'état de gestation. C'est, on peut le dire, le mémoire princeps, si l'on voulait considérer les épanchements sanguins rétro-utérins, symptomatiques de grossesse, comme une variété d'hématocèle. Certes, cette opinion serait au moins plausible, puisque dans ce fait l'épanchement sanguin est le résultat d'une rupture des varices ovariennes, et non de la trompe ou du kyste fœtal, qui n'a agi dans ce cas que comme cause prédisposante ; nous n'insisterons pas sur les raisons qui nous font diviser et décrire à part les hématocèles dans l'état de vacuité ou pendant la grossesse, soit régulière, soit intra-utérine. Nous signalerons seulement quelques particularités indiquées dans le bref récit d'Ollivier (d'Angers), et intéressantes pour le diagnostic, savoir : l'état valétudinaire de la malade, l'existence d'une métrorrhagie datant d'un mois à peu près, les symptômes de l'hémorrhagie interne ; enfin, à l'autopsie, l'allongement du col de l'utérus, et l'amplitude de sa cavité remplie d'un mucus rougeâtre.

§ 2. — Nous tenions à faire remarquer ces détails, qui ont un intérêt tout spécial au point de vue du diagnostic, évidemment impossible dans ce cas, mais qui est possible dans quelques autres. Il a même pu être posé dans l'observation suivante, qui est un remarquable exemple d'apoplexie de l'ovaire, avec rupture de cet organe et hématocèle consécutive, survenant pendant le cours d'une grossesse extra-utérine, et coïncidant avec une hémorrhagie dans l'intérieur du kyste fœtal, observation qui peut servir de type pour notre seconde espèce.

Observation II (1). — *Hématocèle intra et extra-péritonéale. — Grossesse extra-utérine. — Oblitération des deux trompes de Fallope. — Métrorrhagie. — Mort avec les signes d'une péritonite suraiguë. — Autopsie.*

Le 3 septembre 1855 est entrée, salle Saint-Charles, 13, service de M. Nonat, la nommée G...., domestique, âgée de trente-deux ans.

Cette femme était habituellement bien réglée; elle n'a qu'un enfant âgé de neuf ans. Veuve, elle a rompu son veuvage depuis deux mois. Après un retard de quinze jours dans l'apparition des règles, elle a été prise, il y a trois semaines, d'une perte en rouge, qui pendant les quinze premiers jours a été peu abondante. Cette perte était si peu considérable, et accompagnée de douleurs si peu intenses, que la malade ne fut pas obligée d'interrompre ses occupations. Il paraît que dès le début une douleur s'est fait sentir plus particulièrement dans le bas-ventre, du côté droit. Le 31 août, c'est-à-dire au moment où les règles devaient paraître, la perte augmenta beaucoup. Ce jour-là et les suivants, la perte a été très considérable, il y a eu expulsion par la vulve d'une grande quantité de sang fluide et d'énormes caillots. En outre, le ventre devint plus douloureux, mais c'est surtout le 2 septembre que la malade a été prise d'une douleur très aiguë dans le bas-ventre, et principalement à droite. La malade compare la douleur qu'elle éprouvait alors à celles qui précèdent l'accouchement. Ces accidents augmentant, cette femme est entrée à l'hôpital le 3 septembre 1855.

Le lendemain, 4 septembre, on la trouva dans l'état suivant : face pâle, décolorée, comme dans l'anémie portée au plus haut degré; yeux abattus, visage exprimant la souffrance. Le reste de la surface extérieure du corps est pâle, décoloré; l'intelligence de la malade est intacte, ses réponses sont nettes et précises. Elle nous dit qu'en raison du retard survenu dans ses règles, elle croit avoir fait une fausse couche, mais elle n'a rien aperçu qui ressemblât à un fœtus dans les matières expulsées par la vulve.

La malade se plaint principalement du ventre, c'est à cette région qu'elle rapporte ses souffrances, tout en répétant que le côté droit la fait plus souffrir que le gauche. Le ventre est augmenté de volume; il est tendu partout, mais surtout en bas; le côté gauche est un peu plus douloureux que le droit, mais la différence que nous signalons aujourd'hui est moins appréciable qu'elle ne l'était pour la malade il y a plusieurs jours. Tout le ventre est douloureux à la plus légère pression, comme dans la péritonite aiguë, mais il l'est beaucoup plus en bas qu'en haut. La percussion de l'abdomen, pratiquée avec mesure,

(1) Fleuriot, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 30e année 1855, page 399, et publiée également par M. Nonat dans son *Traité des maladies de l'utérus*, page 863.

rend un son clair dans le tiers supérieur. Au-dessus du pubis il y a matité complète.

Toucher. — Le toucher vaginal est très douloureux ; le col de l'utérus est entr'ouvert ; il admet facilement l'extrémité du doigt indicateur qui pénètre jusque dans la cavité du col ; celui-ci, dirigé d'avant en arrière, est refoulé en avant et un peu abaissé. L'utérus tout entier est incliné plus à gauche qu'à droite. La partie supérieure du corps n'est pas sentie au-dessus du pubis ; on ne peut l'explorer à cause de la douleur accusée par la malade. En résumé, l'utérus est légèrement abaissé et son col un peu refoulé en avant, derrière le pubis. Le col fait peu de saillie dans le vagin. A droite et en arrière existe une grosseur énorme qui refoule l'utérus en avant et à gauche. Le cul-de-sac vaginal postérieur est refoulé en bas par la tumeur ; celle-ci est fluctuante et elle contourne l'utérus à gauche, en arrière et à droite. La tumeur, tout à fait à droite, est plus résistante, moins fluctuante. L'exploration de cette région est très douloureuse, ce qui s'oppose à un examen plus approfondi de l'utérus et des parties qui l'entourent.

Le toucher rectal est douloureux ; le doigt peut sentir l'énorme tumeur qui contourne l'utérus et remplit la cavité pelvienne ; on constate ainsi de nouveau une fluctuation manifeste.

État général. — Soif vive, perte d'appétit, nausées, vomissements ; selles douloureuses ; miction difficile et très douloureuse.

Dans la journée, la malade ne pouvant pas uriner, on pratique le cathétérisme, qui est très difficile à cause de la compression de l'urèthre et de la déviation de son orifice externe, caché et aplati par les replis de la paroi antérieure du vagin. Pouls très fréquent (145), petit, abdominal. Respiration gênée, grande prostration, menace de syncope. La malade a dans l'aine droite une tumeur du volume d'un œuf de poule, dont elle s'est aperçue il y a deux ans. M. Nonat diagnostique une tumeur sanguine pelvienne intra et extra-péritonéale, s'accompagnant probablement de grossesse extra-utérine. (Sinapismes, manuluves, glace, eau de Seltz, cataplasmes laudanisés.) M. Nonat, pensant que l'épanchement sanguin s'était fait jour dans la cavité péritonéale, s'abstient de faire la ponction.

5 septembre. — L'état de la malade s'est aggravé ; sa face est abattue, ses yeux enfoncés et entourés d'un cercle d'un brun foncé ; le pouls est à 160 ; il est petit, misérable, filiforme.

6 septembre. — La malade meurt à deux heures après midi.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. — L'abdomen ouvert, les intestins apparaissent remplis de gaz et refoulés vers la partie supérieure de l'abdomen. Matières fécales moulées dans la fin du côlon descendant et dans l'S iliaque. Dans la cavité péritonéale, au-dessus du bassin et des organes qui y sont contenus, on trouve environ trois à quatre verres de sang noir liquide. Nous enlevons les intestins, à l'exception de l'S iliaque et du rectum ; alors

nous constatons que les organes contenus dans la cavité pelvienne sont unis aux parois antérieure et postérieure de l'abdomen, immédiatement au-dessus du détroit supérieur du bassin, par des caillots sanguins abondants, noirâtres, dont quelques-uns, plus blancs, sont fibrineux. Ces caillots réunissent entre elles ces parties par des adhérences faciles à vaincre, et qui, rompues, permettent de constater dans la cavité péritonéale du bassin la présence d'abondants caillots sanguins. Les caillots contenus dans le cul-de-sac vésico-utérin sont moins nombreux que ceux situés en arrière de l'utérus, et qui refoulent en avant le corps de cet organe. Tous les caillots réunis, dont le poids peut être évalué à 750 grammes, sont enlevés, et l'on aperçoit à droite de l'utérus, au niveau de l'aileron postérieur, mais un peu en avant, une tumeur ovoïde recouverte par le péritoine du ligament large du même côté. Cette tumeur est d'un rouge brun; elle est en dehors de la cavité péritonéale, dans l'épaisseur du ligament large droit. Elle paraît constituée par une masse sanguine. Nous enlevons alors tous les viscères du petit bassin en détachant la symphyse et en décollant avec le plus grand soin tout le péritoine qui tapisse le petit bassin. Nous procédons ensuite à une dissection plus attentive. L'utérus est plus volumineux qu'à l'état normal; sa cavité est augmentée et ne contient pas de caillots, et présente une couleur jaunâtre sans traces d'injection. Les orifices du col sont dilatés.

Au niveau du bord supérieur de l'utérus sont des caillots qui se réunissent à l'S iliaque; ils sont assez adhérents, et au même point existent des fausses membranes fines, surtout au niveau de l'insertion de la trompe gauche à l'utérus.

On ne remarque rien du côté des ligaments ronds.

A gauche, au niveau de l'aileron postérieur du ligament large du même côté, paraît une tumeur que nous prenons pour l'ovaire, qui paraît être très mou.

A droite, au niveau de la trompe, existent des caillots qui se dirigent vers la région ovarique. Cette région est occupée par une tumeur énorme, ovoïde, demi-fluctuante, verticalement dirigée, laquelle, vue en place par la partie supérieure du bassin, se présente par sa grosse extrémité; c'est elle qui forme cette masse d'apparence sanguine que nous avons déjà signalée. Son extrémité supérieure est tapissée par le péritoine du ligament large; sa face antérieure est plus bombée que la postérieure; sur cette face, à la jonction de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, est un sillon oblique en bas et en dehors, qui sépare la tumeur en deux portions d'aspect différent : la supérieure lisse, recouverte par le péritoine et quelques fausses membranes adhérentes à des caillots; l'inférieure constituée par du sang noir coagulé qu'on aperçoit à nu. Au point de jonction de ces deux portions sont des fausses membranes allant de l'une à l'autre. En arrière, cette tumeur est plus aplatie, plus irrégulière, plus sillonnée de fausses membranes et de caillots adhérents, dont quelques-uns fibrineux, d'un blanc rougeâtre, flottent en manière d'appendice.

Le poids de cette tumeur est évalué à environ 400 grammes; ses dimensions sont les suivantes :

Grand diamètre, ou vertical	0m,12
Diamètre transversal.	0m,065
Circonférence.	0m,18

Dans le cul-de-sac recto-vaginal se trouvaient des caillots déjà mentionnés. On remarque en outre, à la partie postérieure, au niveau du péritoine qui revêt la face antérieure du rectum, deux taches brunâtres allongées transversalement. L'une de ces taches est au fond du cul-de-sac, l'autre à 3 centimètres au-dessus de la première. Elles sont le résultat de l'imbibition.

A gauche, au fond du cul-de-sac recto-utérin, le péritoine qui forme la lame postérieure du ligament large présente une perforation arrondie, permettant l'introduction de l'index, et indiquant une communication entre le cul-de-sac recto-vaginal et le tissu cellulaire qui sépare les lames péritonéales du ligament large gauche.

Nous ne pouvons pénétrer dans la cavité des trompes à l'aide d'un stylet de trousse. Nous les coupons à un centimètre de leur insertion à l'utérus, et nous cherchons à pénétrer; même impossibilité. Une épingle à suture pénètre bien jusqu'au niveau du pavillon des trompes, mais de chaque côté, à ce niveau, elle est arrêtée complétement. A gauche, là où l'épingle ne peut plus pénétrer, nous remarquons une tumeur à peu près grosse comme une noix, laquelle est fluctuante. Incisée, nous reconnaissons en ce point l'existence de deux petits kystes communiquant entre eux par une ouverture étroite. Le liquide qu'ils contiennent est rouge-brun : c'est un mélange de sang et de mucus. La surface interne de ces kystes, lavée, est tapissée par une membrane tout à fait semblable à une muqueuse, laquelle obture l'orifice ovarique de la trompe. C'est cette tumeur molle que nous prenions pour l'ovaire gauche que nous supposions ramolli. Quant à cet ovaire, il est en arrière et plus bas : dans sa partie non recouverte de péritoine à l'état normal, nous le trouvons également privé d'albuginée; les grains glanduleux apparaissent à nu et tiennent par des filaments fibrineux à des caillots, lesquels communiquent avec le sang contenu dans le cul-de-sac recto-vaginal à travers l'ouverture précédemment signalée au péritoine, et qui est située au fond du cul-de-sac, c'est-à-dire à près de 5 centimètres de l'ovaire. Le sang a donc eu pour source l'ovaire à l'époque d'une ponte. A droite, même obstacle au cathétérisme au niveau du pavillon de la trompe de ce côté. Ici encore existe un petit kyste peu développé, sans communication ni avec l'ovaire ni avec le kyste. Si elle a communiqué primitivement, ce qui n'est pas douteux, toute trace de cette communication a disparu. Ainsi notre malade, dont les deux trompes étaient oblitérées, a eu néanmoins une métrorrhagie abondante; ce qui prouve que la muqueuse utérine a été le siége de cette hémorrhagie.

La pièce est laissée quinze jours dans l'alcool : la grosse tumeur s'est séparée des feuillets du ligament large droit dans l'épaisseur desquels elle était fixée et comme enkystée ; elle a beaucoup diminué de volume, une grande partie du sang qui la constituait s'étant dissous dans l'alcool. Ouverte alors suivant son grand diamètre, on voit que extérieurement elle est formée de caillots consistants, formant une coque qui englobe une tumeur liquide, semblable à un œuf, laquelle se présente sous l'aspect d'une masse brunâtre, allongée parallèlement au grand axe de la tumeur. Cette masse liquide est entourée d'une membrane pellucide, transparente, excessivement mince, envoyant par sa face externe quelques petits prolongements dans l'épaisseur des caillots fibrineux qui l'englobent. Incisée, cette membrane laisse sortir une petite quantité de sang noirâtre, très fluide, et bientôt on aperçoit dans sa cavité un fœtus de très petite dimension, dont la tête, le tronc, les bras, se distinguent très bien. Les membres abdominaux sont à l'état d'appendices excessivement courts.

Quant à la tumeur de l'aine droite, elle est fibreuse et n'offre aucun rapport avec les collections sanguines signalées à l'intérieur du bassin.

Nous ne pouvons laisser passer sans réflexion cette observation, qui, comme la précédente, offre un exemple d'hématocèle survenue pendant le cours d'une grossesse extra-utérine, qui de prime abord semble n'avoir joué dans ces cas que le rôle de cause prédisposante, puisque l'hématocèle a été causée par une apoplexie de l'ovaire du côté opposé à celui où existait la grossesse extra-utérine. Loin de chercher à diminuer la valeur de ces faits, nous avons tenu à les mettre en évidence, et à montrer comment ils pouvaient appuyer l'opinion des médecins qui veulent englober dans une même classe les hématocèles survenues pendant l'état de vacuité, et celles coïncidant avec une grossesse extra-utérine. On ne saurait, cependant, sans notable exagération, réduire ainsi le rôle de la grossesse, et ne la considérer que comme une cause prédisposante. Dans les deux faits que nous venons de citer elle est nécessairement la cause de la métrorrhagie, qui a débuté un mois avant l'hématocèle dans l'un des faits, trois semaines dans l'autre, et cette métrorrhagie peut et doit être considérée comme le symptôme de la congestion du système utérin qui, portée à son extrême limite, cause finalement dans un cas une rupture veineuse, dans l'autre une apoplexie ovarienne, et dans les deux un épanchement sanguin intrapéritonéal. Il serait d'autant plus illogique de ne pas rapporter ce dernier accident à la cause première de la congestion, c'est-à-dire

à la grossesse extra-utérine, que, dans ces cas, aucune cause extérieure n'est venue, comme dans quelques-unes des observations suivantes, jouer le rôle de cause déterminante. Si quelque doute pouvait d'ailleurs encore persister sur la légitimité de notre division, il serait amplement dissipé par la lecture des observations, beaucoup plus nombreuses, dans lesquelles l'hémorrhagie intra-pelvienne a été directement et constamment causée par la rupture, soit de la trompe, soit du kyste fœtal lui-même. J'ai hâte d'ailleurs d'abandonner cette discussion théorique pour arriver au point le plus saillant de cette observation, c'est-à-dire à la symptomatologie, qui, étudiée avec soin, a fourni des renseignements assez précis pour permettre à M. Nonat de porter un diagnostic exact; ce que, nous devons l'avouer, nous n'aurons pas souvent le bonheur de constater dans les observations qui servent de base à notre travail.

Nous retrouvons en effet, dans cette observation, les principaux traits de l'histoire des grossesses extra-utérines et des hématocèles, soit pendant la vie, soit après la mort. Pendant la vie nous trouvons d'abord le retard de l'apparition des règles, ensuite survient l'existence d'une métrorrhagie continue, mais peu abondante, sans autres douleurs notables qu'une sensibilité spéciale dans la partie inférieure droite du ventre, signes généraux assez prononcés pour que la malade, qui déjà avait eu un enfant, ait pu se croire positivement enceinte : tels sont les signes de la grossesse. Puis surviennent les symptômes que l'on doit rapporter à l'hématocèle, savoir : l'augmentation de la perte avec expulsion de caillots, survenant au moment de la deuxième époque menstruelle, la douleur très aiguë dans le bas-ventre, l'augmentation de volume de l'abdomen, les nausées et les vomissements, la difficulté de la miction et de la défécation; enfin la constatation des signes physiques, c'est-à-dire d'une tumeur latérale droite (kyste fœtal), qui a repoussé l'utérus à gauche, et d'une tumeur rétro-utérine fluctuante, qui a appliqué la matrice contre le pubis. On trouve à l'autopsie, outre la grossesse tubaire ou sous-péritonéo-pelvienne, siége d'une hémorrhagie, la déchirure de l'ovaire gauche, l'épanchement de sang dans le péritoine, enfin l'augmentation de volume de l'utérus, et l'agrandissement de sa cavité, lésions qui accompagnent ordinairement les grossesses extra-utérines. J'ai cru devoir insister sur ces particularités, qui, pour la plupart, seront fréquemment constatées dans les observa-

tions suivantes, parce qu'elles peuvent, à mon sens, mettre sur la voie du diagnostic.

Mais, avant de quitter ce sujet, nous devons signaler deux observations, dans lesquelles le kyste fœtal n'a eu également qu'une influence éloignée sur la production de l'hémorrhagie. Nous donnerons plus loin l'une d'elles, qui appartient à Duverney, et présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic; mais nous transcrivons ici en note (1) la seconde, celle de M. le docteur Payan, parce que dans cette observation comme dans celle de Duverney, on n'a pas constaté directement quelle était la cause de l'hémorrhagie. Peut-être serait-il possible, à cause des rudes travaux de cette jeune fille, et à cause des hémorrhagies de la malade de Duverney, de les rapporter l'une et l'autre à la première variété que nous avons établie, c'est-à-dire aux hémorrhagies produites par des ruptures de veines; cette hypothèse serait d'autant plus plausible, que dans toutes deux on a noté l'intégrité des trompes, des ovaires et du kyste fœtal. Toutefois nous ne chercherons pas ainsi à leur donner une interprétation forcée, préférant nous contenter de signaler une lacune; si même il nous a paru nécessaire de rapporter ces faits, c'est surtout pour ne pas être passible du reproche d'avoir caché aucun des cas dans lesquels l'hémorrhagie semble sous la dépendance plus ou moins immédiate de la grossesse extra-utérine, sans toutefois qu'elle en soit la cause prochaine et efficace.

---

(1) Obs. de M. le docteur Payan (*Bulletin de l'Académie de médecine*, année 1843).

Une fille de trente-deux ans, forte et robuste, s'occupant de travaux assez pénibles, et qui avait déjà eu un enfant, se trouvait grosse, sans d'ailleurs dissimuler son état, dont elle n'éprouvait aucune espèce d'incommodité. Un soir, et sans avoir plus travaillé que de coutume, elle se sentit prise de vives douleurs dans la région hypogastrique, de grandes lassitudes et de défaillances. S'étant mise au lit, ces accidents continuèrent; on s'aperçut qu'elle pâlissait et faiblissait de plus en plus, et à deux heures du matin, elle expira après avoir fait usage de quelques moyens insignifiants.

Une mort aussi soudaine ayant donné lieu à des soupçons d'avortement, une nécropsie judiciaire fut ordonnée. M. Payan et deux autres médecins procédèrent à cette opération, dont voici le résultat :

« L'abdomen ayant été ouvert, on y trouva une abondante quantité de sang et de sérosité. Il existait vers l'hypogastre des caillots volumineux qui remplissaient le petit bassin et recouvraient la matrice. Cet organe ayant été débarrassé de ces caillots, qui d'ailleurs n'y adhéraient nullement, fut trouvé plus volumineux que dans l'état ordinaire. On remarquait une proéminence située à sa partie supérieure et présentant dans une grande partie de son étendue une paroi diaphane au travers de laquelle on apercevait un embryon plongé dans un liquide aqueux.

Les parties génitales de cette femme ayant été enlevées à l'aide d'un trait de scie de

Pour être absolument complet, nous devons rapprocher également de l'observation de M. Nonat celle de M. Pollard (1), dans laquelle l'ovaire gauche avait acquis le volume d'une pomme, et était creusé d'une cavité remplie de sang communiquant par une fente étroite avec la cavité abdominale ; il est cependant au moins douteux que l'on puisse, à l'aide de ces brefs détails, soupçonner quelle était la nature de cette lésion ovarique. Néanmoins ce fait peut légitimement être classé parmi les hémorrhagies intra-pelviennes causées par une rupture de l'ovaire ; il doit d'autant mieux être rapproché de l'observation de M. Nonat, que comme dans celle-ci il existait à droite une grossesse extra-utérine tubaire, et que la trompe, distendue par l'ovule et par un caillot volumineux, s'était rompue et avait également laissé le sang s'épancher dans la cavité abdominale. Cette observation nous présente donc le rare exemple d'une hémorrhagie intra-pelvienne survenue pendant le cours d'une grossesse tubaire, et reconnaissant à la fois pour cause la rupture de l'ovaire, comme dans les faits de notre deuxième variété, et la rupture de la trompe, dont nous avons fait notre troisième espèce, qui comprendra de beaucoup plus nombreuses observations.

§ 3. — Dans les trois espèces qui nous restent à étudier, c'est le kyste fœtal lui-même qui est le point de départ de l'hémorrhagie

---

chaque côté des pubis, on trouva quelques taches d'un rouge brunâtre à l'extrémité du vagin, dont la muqueuse ne présentait d'ailleurs aucune trace sanguinolente. L'orifice et le col de la matrice offraient assez d'extensibilité pour permettre l'introduction du doigt auriculaire. Une incision ayant été pratiquée jusqu'au fond de l'organe, on trouva dans le col des taches semblables à celles du vagin, et d'ailleurs aucune espèce de lésion. La matrice, qui était aussi développée qu'au deuxième ou troisième mois de la gestation, et dont les parois étaient épaissies, se trouvait tapissée par une matière concrescible assez épaisse, sorte d'enduit muqueux velouté grisâtre, formant une espèce de pseudo-membrane incomplétement organisée, qui la remplissait presque en totalité. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de sang. Au-dessus de la cavité utérine, s'en trouvait une autre formée dans l'épaisseur du tissu utérin, et située vers la partie supérieure et gauche de l'organe, vers l'endroit où aboutit la trompe de Fallope. Cette seconde cavité, cavité interstitielle, allait tellement en s'amincissant par le fait même de la distension des parties, qu'elle était devenue translucide dans une certaine étendue, et permettait de distinguer l'embryon qui s'y trouvait avec son placenta, et une certaine quantité de liquide presque transparent. Cet embryon, du sexe masculin et exempt de toute lésion, offrait un cordon ombilical qui se rendait à un placenta greffé en haut et en arrière. « Malgré l'évidence du fait, il fut émis une opinion contraire, qui ne tendait à rien moins qu'à faire supposer une tentative d'avortement opérée plus ou moins de temps avant la mort de cette femme ; accident qui cependant s'expliquait facilement par la rupture de quelques vaisseaux distendus d'une manière anormale. »

(1) Voyez l'observation placée en note, page 405.

intra-pelvienne : dans les unes l'épanchement est le fait d'une rupture du kyste lui-même ; dans l'autre, sans se rompre lui-même, il détermine par son développement une rupture partielle de la trompe. Toutefois il ne faudrait pas croire que ce fût le seul mode de déchirure de la trompe ; il semble même que quelquefois cet accident, que nous avons vu survenir également, bien que très rarement, dans l'état de vacuité et dans les grossesses normales, soit déterminé comme dans le cas de M. le docteur Pollard par une hémorrhagie tubaire, qui comprime et déforme l'ovule, et distend la trompe, ordinairement close dans les grossesses tubaires, au point de déterminer la perforation des points amincis ou altérés. Ces différentes formes d'un même travail pathologique ont dû nous porter à isoler ces faits des ruptures du kyste fœtal, avec lesquelles ils pourraient être confondus, tant pour l'étiologie que pour le mode de rupture, au moins dans quelques cas. Cette distinction nous a paru d'autant plus légitime, que dans cette variété exclusivement propre aux variétés de grossesses extra-utérines tubaires, tubo-interstitielles et tubo-ovariques ou abdominales, la tumeur hématique est uniquement formée de sang, et ne contient ni le fœtus, ni ses enveloppes. Mais il ne faudrait point en conclure que cette rupture fût moins grave que celle du kyste fœtal ; car, dans tous les cas, qui nous sont connus, la mort est survenue très rapidement, en quelques heures ou quelques jours, sans que l'épanchement sanguin se soit jamais enkysté, plus rapidement même que dans le cas où la déchirure, plus considérable, a permis à la trompe de chasser le fœtus et ses enveloppes, et de revenir sur elle-même.

Le plus souvent cette rupture semble être le résultat d'un effort, d'une chute, comme dans le cas observé à la Pitié, dans le service de M. Clément, en février 1834, et relaté par M. le professeur Velpeau (1), ou dans l'observation de Littre. Nous rapportons cette dernière, parce que la symptomatologie, assez longue, et les détails qui précèdent l'autopsie, permettent de relever l'inexactitude, ou au moins la rareté des symptômes que quelques auteurs ont attribués à ces ruptures. Ils supposent, en effet, que « à une vive douleur succède un calme parfait, que le ventre s'affaisse, qu'une chaleur douce et égale se répand dans cette cavité » (2). Cette des-

(1) *Dictionnaire* en 30 vol., t. XIV, p. 405.
(2) *Dictionnaire* en 60 vol., t. XIX, p. 408.

cription se ressent un peu trop de la symptomatologie des plaies pénétrantes de l'abdomen, et à l'exception de deux faits rapportés très succinctement par Sabatier, et que nous transcrivons en note (1), nous ne retrouvons ces signes ni dans les observations de Littre, ni dans aucune des suivantes.

OBSERVATION III (2). — *Grossesse de six semaines. — Chute sur les genoux. — Six heures après, douleurs vives dans le bas-ventre du côté gauche, pendant vingt-huit heures. — Métrorrhagie. — Puis ventre gros, tendu; nausées, sueurs froides, pâleur extrême, lipothymies, dyspnée, intelligence parfaite. — Mort le troisième jour. — Sang épanché dans l'hypogastre. — Rupture de la trompe, siége d'une grossesse tubaire.*

Je fus appelé pour aller voir la femme d'un peintre, qui était malade à l'extrémité. Je la trouvai dans une sueur froide, avec un visage extrêmement pâle, le ventre gros et tendu, des envies continuelles de vomir, mais sans aucun effet. Elle avait une grande difficulté de respirer et ne pouvait proférer une seule parole entière; il lui prenait souvent des faiblesses, et elle avait un pouls très petit et intermittent.

Cette femme, quoique réduite dans un état si déplorable, ne manquait point de connaissance, car elle me fit comprendre, par des signes et des paroles entrecoupées, que de tous les maux qu'elle souffrait, il n'y en avait pas de plus insupportable qu'une espèce de barre située en travers au-dessous du diaphragme, qui l'empêchait de respirer, et qu'une douleur aiguë qu'elle sentait dans le ventre, au côté gauche de l'hypogastre.

---

(1) OBSERVATIONS de Sabatier (*Médecine opératoire*, 2e édit., t. III, p. 279).

Deux femmes étaient parvenues à la fin du quatrième mois de leur grossesse. Rien n'indiquait ce que leur état avait d'extraordinaire, que la tuméfaction du ventre qui se portait d'un côté seulement, et des tiraillements fréquents dans cette cavité. Du reste, elles étaient bien. Toutes deux ont été attaquées inopinément de douleurs extrêmement vives, qui ont duré deux ou trois heures. Une douleur plus forte que les autres a été suivie d'un calme parfait; le ventre s'est affaissé et comme aplati, une chaleur égale et douce s'est répandue dans cette cavité. La peau s'est décolorée; il est survenu des syncopes presque continuelles; le pouls s'est affaibli et concentré; une sueur froide s'est répandue sur toute la surface du corps, et les femmes ont expiré. La marche rapide de ces accidents ne m'a pas permis de leur administrer aucun secours : elles étaient mourantes lorsque je suis arrivé auprès d'elles. L'ouverture de leur corps a montré que le ventre contenait une grande quantité de sang; que les enfants, couchés sur les intestins, tenaient à la trompe déchirée par le cordon ombilical, et que cette trompe, fortement contractée, n'offrait d'autre tuméfaction que celle qui dépendait de l'arrière-faix.

(2) Littre, *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1702, page 209 : *Sur un fœtus humain trouvé dans la trompe gauche de la matrice*, observation et réflexions accompagnées d'une planche très bien faite.

La garde me dit qu'il y avait environ six semaines que la malade n'avait pas eu ses règles; que depuis trois jours elle était tombée sur ses genoux; que six heures après la chute elle avait commencé de sentir des douleurs très vives; que ces douleurs avaient duré vingt-huit heures sans relâche, auquel temps précisément ses règles étaient venues et avaient continué de couler; que cet écoulement était toujours allé en diminuant, qu'il avait entièrement cessé depuis trois heures; que la malade s'était trouvée un peu soulagée pendant le fort de l'écoulement, qu'on ne lui avait donné que quelques lavements pour tout remède.... Elle mourut trois heures après que je l'eus quittée.

En ouvrant le ventre du cadavre, à peine eus-je fait une petite ouverture au péritoine, qu'il rejaillit du sang de la cavité du ventre avec beaucoup d'impétuosité, tant elle en était pleine; aussi trouvai-je plus de quatre pintes de sang épanché, qui était noir et liquide, hormis une petite portion qui était caillée et adhérente au ligament large gauche de la matrice.

Je vidai tout le sang épanché pour connaître la partie dont il s'était écoulé. Après un petit examen des parties contenues dans la cavité du ventre, je reconnus que cette partie était la trompe gauche de la matrice, parce que j'y aperçus une déchirure de cinq lignes au-dessous de son pavillon. Alors je conçus aisément que la douleur que cette femme avait sentie dans la partie gauche de l'hypogastre avait été causée par le déchirement de cette trompe, qui est placée en cet endroit.

Je remarquai dans cette trompe, à l'endroit de la déchirure, un corps rond et transparent en partie, d'un pouce et demi de diamètre, que je trouvai dans la suite être un fœtus qui nageait en une liqueur fort claire, contenue dans les membranes chorion et amnios. Le placenta de ce fœtus était attaché à la surface intérieure de la trompe, et il était si grand, qu'il faisait seul plus de la moitié de ce corps.

La cavité de cette trompe, au lieu où elle était déchirée, avait un pouce et demi de diamètre. Les parois y étaient plus épaisses que dans les autres parties, principalement où le placenta était attaché. Dans le reste de ce conduit les parois étaient un peu plus épaisses que celles de la trompe droite dans toute sa longueur. La partie de la trompe qui était au-dessus de la déchirure avait plus de largeur que la même partie de la trompe droite; mais la première, depuis la déchirure jusqu'au dedans de la matrice, était plus étroite et plus dure que la dernière dans la même étendue.

Le déchirement de la trompe arriva dans cette femme à cause que, par l'accroissement du fœtus, quelques parties de cette trompe étaient devenues si minces en cet endroit, qu'elles ne purent résister à la violente secousse, ni à la forte pression qu'elles avaient souffertes dans le temps de la chute. En effet, la paroi déchirée de la trompe était beaucoup plus mince à l'endroit de la déchirure, de la largeur d'une demi-ligne, que tout le reste.

Je remarquai dans les ovaires de cette femme autant de cicatrices que ses

parents me dirent qu'elle avait eu d'enfants. De ces cicatrices, qui étaient au nombre de cinq, il y en avait une dans l'ovaire gauche, au milieu de laquelle j'observai une ouverture ronde d'une demi-ligne de long, qui répondait à une cavité qui était ronde aussi, et qui avait deux lignes de diamètre. Il y a apparence que le fœtus dont il s'agit ici était sorti de l'ovaire par cette ouverture.

Je remarquai, enfin, que le corps de la matrice était plus gros qu'à l'ordinaire, que ses parois étaient plus épaisses ; que sa capacité était pleine de sang d'un rouge clair, quoique caillé, et que la surface de la matrice était percée d'un nombre infini de petits trous, où j'introduisis facilement une soie de porc : ces trous étaient pleins d'un sang vermeil que j'exprimai en forme de petites gouttes longues, lorsque je pressais entre mes doigts les parois de la matrice.

On ne peut douter que, dans ce fait, la chute n'ait causé en même temps une métrorrhagie, et une hémorrhagie tubaire, qui, cessant de se faire jour au dehors, a déterminé la rupture de la trompe déjà altérée. Cette opinion est d'autant plus probable, que, au-dessus de la déchirure, la trompe était plus dilatée que celle du côté opposé, et que l'on n'a signalé aucune obstruction de l'oviducte à son orifice interne, bien que l'on ait pris soin de l'examiner dans toute son étendue.

L'observation suivante, empruntée à Duverney, nous montre la même rupture survenant sous l'influence d'une cause plus rare et plus surprenante ; il semble, en effet, que cette femme ait présenté à la fois une grossesse normale, et une grossesse tubaire, et que l'avortement qui a suivi les fatigues de la danse ait entraîné en même temps la rupture de la trompe. C'est cette curieuse coïncidence qui nous a porté à transcrire cette observation.

Observation IV (1). — *Grossesse supposée de deux mois environ. — Métrorrhagie peu abondante, mais persistante. — Huit jours après, diarrhée, vomissements. — Douleurs dans le bas ventre et les cuisses, refroidissement, faiblesse extrême ; expulsion d'un corps assez volumineux en allant à la selle ; refroidissement, lipothymies. — Mort. — Épanchement sanguin dans tout l'épigastre. — Déchirure de la trompe gauche, qui contenait un fœtus avec son placenta ; second placenta contenu dans l'utérus, et dont le cordon était rompu.*

Vers le 4 juillet 1708, à une heure après minuit, je fus appelé pour voir

(1) Duverney. *Œuvres anatomiques*, t. II, p. 355-356.

madame Galet, potière d'étain, âgée de vingt et un ans, demeurant sous les piliers des Halles, mariée depuis un mois, laquelle, après une grande évacuation par haut et par bas, tomba dans une grande faiblesse. Étant auprès d'elle, je la trouvai sans pouls, et l'interrogeant, elle se plaignit de ressentir une pesanteur considérable dans la matrice, accompagnée d'une grande douleur dans les cuisses; elle me dit qu'elle croyait être grosse de deux mois ou environ, et qu'elle voyait un peu de sang tous les jours depuis huit jours. Je la fis réchauffer avec des serviettes, je lui fis prendre quelques cuillerées d'une potion cordiale, mais ces secours furent inutiles; les faiblesses augmentèrent avec un froid aux extrémités; elle me disait à tout moment qu'elle avait envie de dormir. J'appris qu'il s'était évacué quelque chose avec douleur en allant à la selle, et suivant son récit, je jugeai que c'était un fœtus, parce qu'en la touchant, je trouvai le corps de la matrice ouvert et un peu mouillé. Je la fis confesser; elle mourut dans ces faiblesses, et ne fut pas longtemps malade.

J'en fis l'ouverture au bout de vingt-quatre heures. Je trouvai le ventre fort tendu; à peine était-il ouvert, que le sang épanché dans la capacité s'écoula abondamment: je pris une poêlette et j'en remplis un grand vaisseau. Et après avoir ôté beaucoup de sang caillé qui était dans la région hypogastrique, et avoir visité toutes les parties, je vins à la matrice. Je la trouvai de la grosseur de deux œufs; et l'ayant examinée, je trouvai la trompe du côté gauche aussi grosse que la matrice, et déchirée d'un côté. Ayant dilaté l'ouverture, j'aperçus une membrane remplie d'un corps solide; l'ayant ouvert, je trouvai le fœtus avec son placenta attaché à la trompe: les vaisseaux de cette partie étaient fort dilatés et gros comme le tuyau d'une plume à écrire. On trouva dans la cavité de la matrice un arrière-faix parfait, dont le cordon était rompu; c'est une preuve qu'il y avait eu un fœtus dans sa cavité. Le chirurgien m'apporta cette trompe, et après avoir bien examiné cette partie, je découvris à quelque distance du pavillon l'obstacle qui avait arrêté l'œuf dans la trompe.

La jeune femme était fort vive; elle avait sauté et dansé dans une noce, ce qui avait causé la fausse couche qu'elle eut, et qui fut accompagnée de grands vomissements.

Nous insisterons d'autant moins sur ce fait, que la cause de la rupture est tout à fait exceptionnelle. Dans d'autres exemples, au contraire, il semble que la rupture soit survenue spontanément par un travail lent d'ulcération et sans qu'aucune cause extérieure soit survenue; c'est au moins ce qui semble évident chez la malade observée par Albers (de Bresme), car elle fut prise de douleurs un instant après avoir quitté son lit. Nous regrettons d'autant plus que cette observation soit aussi sobre de détails, qu'il y est dit qu'Albers reconnut, chose assez rare, la rupture d'une gros-

sesse extra-utérine, malheureusement sans nous fournir les éléments de ce remarquable diagnostic.

Observation V (1). — *Grossesse de trois mois. — Douleur vive dans l'abdomen, particulièrement dans la région ombilicale; pâleur et lividite du visage; pouls petit et fréquent. — Mort en pleine connaissance le même jour. — Rupture de la trompe, siége d'une grossesse intra-utérine.*

Albers (de Brême) fut appelé au commencement de septembre 1820 près de la femme d'un marchand qui était dans le troisième mois de sa grossesse, et qui un instant après avoir quitté le lit en bonne santé, avait été prise tout à coup de violentes douleurs dans l'abdomen, particulièrement dans la région ombilicale, qu'elle prenait pour des coliques. A des apparences qu'il serait difficile de décrire et à l'état général de la malade, Albers jugea qu'il y avait quelque chose de particulier dans son état, et il la revit dans le milieu du même jour. Le visage était froid et avait déjà la pâleur d'un cadavre; les lèvres étaient violettes; les mains, placées sous les couvertures, conservaient encore de la chaleur, mais se refroidirent promptement dès qu'elles furent découvertes; le pouls était excessivement petit et fréquent. La malade était couchée, immobile, un peu sur le côté droit, et ne se plaignait qu'en répondant aux questions qu'on lui adressait sur son état; elle accusait une douleur horrible dans l'abdomen, surtout aux environs du nombril. Si l'on cessait de la questionner, elle restait immobile et n'exprimait sa douleur ni par des plaintes, ni par des cris. Ces souffrances durèrent sans interruption jusqu'à six heures du soir, où elles perdirent de leur violence, et où la malade assura aux personnes qui l'entouraient qu'elle sentait approcher sa fin, et en effet elle expira bientôt après. A sa seconde visite, Albers avait reconnu les signes de la rupture d'une trompe ou d'un ovaire comme suite d'une grossesse extra-utérine, et il avait fait part de ce diagnostic aux docteurs Obben et Schmidt, de qui il avait réclamé les avis. L'autopsie fit découvrir une rupture de la trompe droite et un très petit fœtus qui y était contenu.

Dans cette observation, la mort a suivi de près le début des accidents, comme cela a eu lieu dans presque tous les cas, que la cause soit traumatique, comme un coup, une chute, la danse, etc., ou spontanée, comme la rupture que produit, soit la distension de la trompe, soit une ulcération résultant d'un travail inflammatoire spécial, analogue à celui que l'on observe lors de la rupture de

(1) Extrait de Dezeimeris, *Grossesses extra-utérines* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. IV, p. 240).

certains anévrysmes. La mort semble alors causée par l'abondance de l'hémorrhagie, que Littre et Duverney indiquent comme très considérable, que M. Velpeau évalue à plusieurs livres de sang. L'intensité de l'hémorrhagie, du reste, ne paraît nullement en rapport avec l'étendue de la déchirure ou de la perforation, qui a été si minime dans les cas où elle est survenue spontanément, qu'elle admettrait à peine la tête d'une épingle ou un grain de blé, au dire de Santorini (1) et du docteur Köner (2), dont nous transcrivons en note les trop courtes et trop incomplètes relations.

L'abondance de l'épanchement sanguin, et par suite la rapidité de la mort, qui est constamment survenue dans ces cas avant tout travail d'enkystement, nous dispensent d'insister plus longuement sur les faits de cette espèce. Il est même remarquable que la mort ait été en général plus rapide dans ces cas que dans ceux de l'espèce suivante, bien que dans celle-ci le kyste fœtal soit rompu, et que le fœtus ou le placenta ait pénétré dans la cavité péritonéale. La symptomatologie de ces faits est assez nettement tranchée : douleur horrible, nettement limitée et déterminée par la malade, puis syncopes, lipothymies, refroidissements; enfin, tous les symptômes d'une hémorrhagie interne considérable, auxquels succède une mort rapide. Ces accidents surviennent le plus souvent après une

---

(1) Observation extraite de Bianchi, *De naturali in humano corpore vitiosa morbosaque generatione*, page 152.

Ita in illa, præ aliis recentissima, tubaria graviditate a Cl. Santorino descripta et icone exposita, disruptioni tubæ quæ tam exigua erat, ut vix panici grani diametro major esset, tanta paulatim sanguinis in ventris caveam successit effusio, ut mater citissime, cum iis, quæ internas funestasque hœmorrhagias sectantur, malis, fato occumbere debuerit. Interea in hac femina, quanquam valde ampliata tuba esset, contentus tamen fœtus, quem quoque inter nostras icones hic designari curavimus, minimus sane cum imperfectis, imò vix inchoatis, artubus fuerat.

(2) Observation du docteur Köner (extraite de Moreau, *op. cit.*, p. 19).

Le docteur Köner cite une femme qui mourut après avoir éprouvé des symptômes qui simulaient ceux d'un empoisonnement par l'arsenic. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen. Vers l'extrémité de la trompe gauche existait une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon. L'enveloppe extérieure de cette tumeur était percée supérieurement de deux trous à recevoir la tête d'une épingle, par où le sang trouvé dans l'abdomen s'était épanché. Après avoir incisé cette enveloppe, il fut facile d'extraire l'œuf qui constituait la tumeur : il contenait, dans un liquide transparent, un embryon d'environ deux mois ; l'utérus avait un volume triple de celui qui lui est naturel hors de l'état de grossesse ; il était pénétré d'une grande quantité de sang et contenait une membrane caduque.

métrorrhagie de durée variable, soit à la suite de quelque cause traumatique, soit spontanément chez des malades qui toutes se croyaient enceintes de deux à trois mois ; fait sur lequel nous ne saurions trop insister, et que nous verrons également noté dans les observations de notre cinquième espèce, sans que, malheureusement, cette croyance ait été souvent partagée par le médecin.

§ 4. — Tous les exemples de rupture de la trompe, que nous venons d'étudier, appartiennent nécessairement aux variétés de grossesse extra-utérine tubaire, tubo-interstitielle ou tubo-abdominale ; au contraire, ceux de rupture du kyste fœtal, avec hémorrhagie intra-péritonéale, peuvent appartenir à toutes les variétés de grossesse extra-utérines : mais il faut reconnaître que les diverses variétés y prédisposent dans des proportions très différentes. Ainsi, si nous pouvons affirmer, d'après une assez nombreuse statistique, que le tiers environ des grossesses extra-utérines se termine par la rupture du kyste fœtal, nous trouvons, en examinant chaque espèce séparément, que ce mode de terminaison est presque constant dans la grossesse tubaire, fréquent encore dans quelques espèces dites ovariques, mais qu'il est assez rare dans les espèces sous-péritonéo-pelvienne, tubo-ovarique, et enfin presque exceptionnelle dans les grossesses tubo-abdominale et abdominale proprement dite.

C'est à cause même de la rareté de cette terminaison dans ces dernières espèces, que nous transcrivons l'observation suivante de madame Lachapelle, bien que nous ayons le regret de ne pouvoir, d'après les détails de l'autopsie, déterminer exactement si cette grossesse a été abdominale ou tubo-abdominale, ce qui me paraît cependant de beaucoup le plus probable.

OBSERVATION VI (1). — *Grossesse extra-utérine. — Rupture spontanée et mortelle.*

La nommée Toul...., âgée de vingt-quatre ans, paraissant d'une forte constitution, arriva à la maison d'accouchement, le 2 novembre 1816 ; elle se croyait grosse de six mois. D'après les détails donnés par elle-même, on apprit qu'elle était enceinte pour la deuxième fois, valétudinaire pendant tout le cours de la gestation, et habituellement sujette à des maux d'estomac, des nausées, des vomissements. Elle avait fait, vers le deuxième mois, une chute

(1) Madame Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. III, p. 147 et suiv.

qui fut suivie d'un léger écoulement de sang par le vagin. Cet écoulement disparut et revint alternativement plusieurs fois, mais sans périodicité et toujours peu abondant. Il s'y joignit des douleurs qui occupaient toute la capacité de l'abdomen, et qui présentaient aussi, à ce qu'il paraît, beaucoup d'irrégularité, tant dans leur marche que dans leur violence. Un chirurgien, qui examina d'abord la malade, déclara qu'elle n'était point grosse, et chercha, par l'application des sangsues à la vulve, par la saignée et l'emploi des tisanes de sauge et d'armoise, du vin d'absinthe, etc., à dissiper les accidents, qu'il attribuait à l'irrégularité et au peu d'abondance des règles. L'intensité des symptômes ne diminua nullement, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu. Là on porta à peu près le même jugement sur son état, et l'on mit en usage les bains généraux et l'application plusieurs fois réitérée des sangsues à la vulve : un soulagement momentané s'ensuivit; la malade sortit de l'hôpital. Elle entra bientôt après à l'hôpital Cochin, et cette fois, malgré l'emploi des mêmes moyens, les douleurs devinrent beaucoup plus fortes. Ce fut alors (au sixième mois de sa grossesse) qu'elle se fit transporter à l'hospice de la Maternité. Elle éprouvait, dans tout l'abdomen, des douleurs qui se faisaient particulièrement ressentir vers les lombes et l'ombilic. Le toucher fit reconnaître que le col de l'utérus conservait toute sa longueur; son orifice était entr'ouvert, placé au centre du bassin, et sans aucune altération, Au-dessus du col et du côté droit, on sentait une tumeur peu considérable, immobile, assez solide, et qu'on ne pouvait bien définir; l'abdomen était développé, dur et douloureux.

Pendant toute la soirée et toute la nuit, continuation des mêmes douleurs, léger écoulement de sang par le vagin, douleurs à l'épigastre, nausées, lipothymies. On administra des lavements qui procurèrent quelques selles liquides, et l'on fit prendre quelques cuillerées d'une potion antispasmodique avec l'éther.

Même état pendant la journée suivante. Le toucher donna les mêmes résultats que la veille; le ventre était trop tendu, et surtout trop douloureux pour permettre de le palper de manière à distinguer l'état des viscères qu'il contenait, et conséquemment celui de la matrice.

Le lendemain, douleurs de plus en plus vives; des injections émollientes dans le vagin et un bain général n'empêchèrent pas leur accroissement. Dans l'après-midi, pâleur extrême et universelle, pouls petit et faible, refroidissement des extrémités; enfin, après plusieurs syncopes assez prolongées, la malade expira à six heures du soir (4 novembre 1816).

Après la mort, le toucher, qu'avait rendu jusqu'alors très incomplet la vive sensibilité du ventre, devint beaucoup plus facile, sans donner cependant un diagnostic beaucoup plus clair. Voici toutefois ce qu'il offrit de remarquable.

Le col était dans l'état précédemment indiqué; le doigt pouvait pénétrer par son orifice externe, jusqu'à une certaine profondeur, mais il était bientôt

arrêté par l'orifice interne, qui était complétement fermé. La même tumeur se faisait sentir au côté droit du bassin; du côté gauche, on en sentait une autre bien plus élevée que la précédente, et paraissant plus volumineuse et moins dure. La main, appuyée sur l'abdomen, sentait, dans presque toute son étendue, une tumeur fort irrégulière, plus résistante que partout ailleurs dans la région lombaire droite.

L'ouverture de cette cavité offrit d'abord un vaste épanchement de sang en partie coagulé, en partie liquide. L'épiploon, très adhérent, recouvrait la plus grande partie des viscères abdominaux; on l'enleva en détruisant ses adhérences, et l'on découvrit alors les objets suivants:

1° Dans la région lombaire droite, un fœtus mort du sexe masculin, très bien conformé, de la grandeur que doit avoir le fœtus au terme de six mois, n'offrant aucun signe de putréfaction, et situé de telle manière que sa partie supérieure était tournée vers le diaphragme, et sa partie antérieure vers le côté droit du rachis de la mère.

2° Dans les régions ombilicale et lombaire gauche, un kyste épais et solide, à peu près ovalaire, adhérent de toutes parts aux parties voisines, descendait jusque vers l'excavation du bassin, endroit où l'on pouvait, au moyen du doigt porté dans le vagin, en sentir la partie inférieure au côté gauche du col de l'utérus. Ce kyste, inégalement déchiré dans sa partie supérieure et droite, contenait encore le placenta et les membranes du fœtus; mais sa cavité, affaissée par la pression des parties environnantes, paraissait évidemment avoir récemment encore contenu un corps d'un plus grand volume. Le cordon ombilical, intact, traversait la déchirure pour se rendre à l'ombilic de l'enfant.

3° Dans le bas de la région iliaque et la partie supérieure de l'excavation du bassin du côté droit, l'utérus, repoussé de ce côté par le kyste, auquel il adhérait, était bien plus volumineux que dans l'état ordinaire (d'un volume égal à peu près à celui du poing); la partie inférieure de son corps formait la tumeur qu'on avait sentie au côté droit du col en portant le doigt dans le vagin avant et après la mort. Sa cavité, dont l'étendue était proportionnée au volume du reste de l'organe, n'offrait du reste rien de remarquable.

Le cordon sus-pubien, la trompe et l'ovaire droits, étaient parfaitement sains, et sans aucun changement; la trompe gauche se trouvait à son origine au-devant du kyste; après un trajet de deux pouces et demi environ, elle se perdait dans sa paroi antérieure, et ne pouvait être suivie plus loin. Quant à l'ovaire et au cordon sus-pubien du côté gauche, ils étaient confondus en totalité dans les parois du kyste, et l'on n'en retrouva aucune trace.

Dans cette observation nous voyons dès le début survenir les divers accidents qui entravent le plus souvent la marche des grossesses extra-utérines; mais nous devons surtout remarquer l'époque assez

avancée de la gestation (sixième mois) à laquelle a eu lieu la rupture du kyste ; nous verrons en effet que c'est surtout du deuxième au quatrième mois que survient ordinairement cet accident. Cette différence dans les époques nous paraît surtout tenir à la facilité plus ou moins grande qu'a le kyste, dans les diverses espèces de grossesse extra-utérine, à se laisser distendre par le produit de la conception, et à se développer en même temps que lui sans déterminer la rupture des organes qui le contiennent,

Cette facilité de la distension du kyste est encore assez marquée dans les grossesses tubo-ovariques, pour que ce mode de terminaison ne s'y observe qu'assez rarement ; encore, dans le fait que nous transcrivons ici, la rupture semble-t-elle n'être survenue qu'à la suite de circonstances spéciales, et non comme une terminaison naturelle et obligée.

Observation VII (1). — *Sixième grossesse. — Coups sur l'abdomen ; syncope, accidents inflammatoires. — Métrorrhagies. — Mort. — Epanchement de sang trouvé dans l'abdomen ; fœtus trouvé au milieu des caillots ; kyste fœtal tubo-ovarique rompu.*

Une femme de trente-deux ans, mère de cinq enfants, reçut, dans la seconde semaine qui suivit sa sixième conception, un coup violent dans l'hypogastre. Les désordres produits par cet accident, qui fut suivi d'une syncope, ne suffirent point pour déterminer l'avortement, mais provoquèrent l'inflammation des viscères contenus dans cette région. Des métrorrhagies qui se renouvelèrent à diverses reprises, des symptômes inflammatoires divers, des douleurs permanentes dans le bas-ventre, et enfin une dernière hémorrhagie firent périr la malade.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen, en partie fluide et en partie coagulé. Un fœtus d'environ dix semaines fut trouvé dans un énorme caillot. L'utérus avait son fond contre le pubis et son col appuyé sur le milieu du sacrum. Ce changement dans sa situation naturelle avait été déterminé par une tumeur placée au côté gauche de la matrice. L'examen attentif qu'on fit des parties contenues dans le petit bassin y montra d'abord des traces évidentes d'une violente et longue inflammation dont elles avaient été le siége, particulièrement à gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur. Celle-ci était constituée par l'ovaire, la trompe, et le

(1) Thèse de M. A. Moreau, Paris, 1853, p. 13, observation extraite de *The Dublin Journal of medical science*, 1833.

ligament large, considérablement épaissis et modifiés dans leur structure. Les franges du pavillon de la trompe adhéraient intimement avec l'enveloppe de l'ovaire, et ces deux organes formaient ensemble un kyste dont la distension par le corps qui y était contenu avait déterminé la rupture. Au milieu de l'ovaire on trouva le corps jaune, entièrement détaché des parties environnantes.

Cette observation ne permet pas de déterminer si c'est au coup reçu dans l'abdomen, ou seulement à la marche naturelle de cette grossesse troublée par des symptômes inflammatoires divers, que l'on doit attribuer la rupture du kyste. Elle peut seulement, comme celle du chirurgien Reiss (1), démontrer la possibilité de cette terminaison, dans cette espèce assez rare de grossesse extra-utérine.

Bien que la grossesse ovarique soit encore en litige, et que l'existence de ce genre soit encore contestée, nous devons, sans nous occuper de savoir si le fœtus s'est développé dans le tissu même de l'ovaire (2) ou dans la vésicule déchirée, ou sur la périphérie de la glande qui a produit le germe (3), constater que quelques-uns des cas en litige se sont terminés par rupture du kyste et hémorrhagie intra-péritonéale. Les deux faits que nous rapportons ici ne peuvent laisser aucun doute; l'un des deux, celui du professeur Ucelli, est surtout remarquable à cause de la symptomatologie et de la précision des détails.

Observation VIII (4). — *Quatrième grossesse. — Langueur générale, faiblesse, douleur hypogastrique droite. — Au troisième mois, douleur intolérable, vomissement, lipothymies effrayantes. — Mort. — Fœtus trouvé dans l'abdomen, tenant encore par le cordon à l'ovaire droit déchiré.*

Une femme de trente-quatre ans avait accouché trois fois avant terme, lorsqu'elle éprouva tous les signes d'une quatrième grossesse, tels que la suppression des menstrues, la disparition de l'appétit, des nausées, des vomissements, la turgescence des mamelles, et ensuite l'augmentation de volume du ventre. Mais bientôt ces phénomènes furent accompagnés d'une

(1) Observation consignée dans Moreau, *Thèse* 1853, p. 15.
(2) Dezeimeris, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1837.
(3) Velpeau, *op. cit.*
(4) *Bibliothèque médicale*, t. XXXVIII, p. 265, et Dezeimeris, *op. cit.*, p. 236.

langueur générale, d'une faiblesse extrême, portée souvent jusqu'à la syncope et d'une douleur toujours croissante à la région hypogastrique droite. A la fin du troisième mois présumé de la conception, une môle charnue, vésiculaire, de la grosseur d'un œuf de poule, fut rejetée par le vagin. La sortie de ce corps étranger ne calma point les accidents. Six jours après s'étaient à peine écoulés, que la douleur hypogastrique s'aggrava de manière à devenir intolérable et s'accompagna d'un horrible vomissement. La malade fut frappée de lipothymies effrayantes; elle perdit la faculté de voir et de parler; enfin, la mort vint mettre un terme à ses souffrances. A l'ouverture du cadavre on trouva dans la fosse iliaque droite un petit fœtus mâle, très bien développé dans toutes ses parties, et attaché à l'ovaire du même côté au moyen du cordon ombilical. Cet ovaire, qui formait une tumeur assez semblable, pour la figure et le volume, à un œuf d'oie, présentait inférieurement une ouverture par laquelle le fœtus s'était fait un passage. L'ovaire et la trompe de Fallope du côté gauche n'avaient éprouvé aucune altération. La membrane dont se compose l'utérus était considérablement épaissie, et la cavité de ce viscère dilaté aurait pu facilement contenir un fœtus de trois mois, tel que celui qui fut trouvé dans l'abdomen.

Bien que moins complète sous le rapport des symptômes, l'observation de Saint-Moressy, tout à fait analogue à celle du professeur Ucelli, nous semble prouver d'une manière non moins évidente que le kyste fœtal rompu était formé aux dépens de l'ovaire; aussi avons-nous pensé devoir la rapporter en note (1).

---

(1) Observation de M. de Saint-Moressy, médecin de Riberac en Saintonge, 1662 (dans Duverney, *Œuvres anatomiques*, Paris, 1761, t. II, p. 350).

Une dame de qualité avait accouché huit fois fort heureusement, et après avoir passé cinq ans sans devenir grosse, elle le devint pour la neuvième fois. Environ trois mois après elle tomba malade : elle eut quelques faiblesses qui furent suivies d'une privation de pouls et de sueurs froides; elle se plaignit d'une grande colique à la région de l'aine droite; elle sentit tous les préludes d'un accouchement, et mourut enfin au bout de neuf ou dix heures entre les bras de son chirurgien. On l'ouvrit, et d'abord que les téguments furent séparés, on vit dans la région hypogastrique tous les boyaux flottants dans le sang; on en tira plus de deux livres avec une cuiller. Et comme le médecin qui était présent à l'ouverture vit qu'il restait encore une quantité prodigieuse de ce sang caillé dans le flanc droit, il se mit à le tirer lui-même avec sa main; et il fut bien surpris quand parmi les premiers caillots, il trouva un petit fœtus mâle de la grosseur d'un pouce, et un tiers moins large, très bien formé, mais sans aucune enveloppe. Il examina avec soin toutes les parties voisines de l'endroit où il avait été pris, et il trouva l'ovaire droit de la mère déchiré en long, et par moitié du côté qu'il n'est pas attaché à la trompe, et toute sa capacité pleine de grumeaux de sang. Tous les assistants furent convaincus que c'était là le lieu où cet enfant avait été formé.

Mais quelque intérêt que puissent présenter ces faits de grossesses ovariques, ils sont relativement peu fréquents, et leur rupture n'est pas leur mode de terminaison le plus ordinaire.

Il n'en est pas de même des grossesses tubaires : ces dernières sont non-seulement très communes, puisque, au dire de Murat, Baudelocque a pu en observer cinq exemples en trois mois, mais en outre elles se terminent le plus souvent par la rupture du kyste fœtal. Aussi ce fait avait-il été observé depuis longtemps ; on en trouve de remarquables exemples cités par Mauriceau (1) et par Duverney (2). J'aurais donc pu me dispenser de rapporter quelques-unes de ces observations, dont tout le monde a lu quelques exemples, j'ai cru cependant devoir en transcrire deux, parce qu'elles offrent un intérêt tout spécial.

La première, en effet, est, à ma connaissance, le seul cas dans lequel la rupture de la trompe, avec passage du fœtus dans l'abdomen et hémorrhagie intra-péritonéale, ait été suivie d'abord d'un travail d'enkystement du fœtus et du sang épanché, d'une hématocèle en un mot, et plus tard d'une fistule intestinale, qui n'a entraîné la mort de la malade que six mois après le début des accidents.

Observation IX (3). — Une femme de vingt ans, reçue à l'hôpital de Guy, à Londres, présentait des symptômes qu'on ne savait à quoi rapporter, quoiqu'on vît bien qu'ils ne dépendaient de la désorganisation d'aucun viscère de la poitrine ou de l'abdomen. Sa maladie datait de six mois, elle avait pris depuis trois semaines un caractère plus violent. Le symptôme le plus constant était une évacuation fréquente d'une substance coagulée brune. Il y avait aussi de la dyspnée, et assez souvent une vive sensibilité de l'abdomen. La malade mourut dix-sept jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen de nombreuses adhérences qu'on reconnaissait pour être plus ou moins anciennes les unes que les autres. Dans le côté gauche de la région inférieure de cette cavité, les adhérences étaient si nombreuses et si étendues, qu'elles circonscrivaient une cavité complète entre la courbure iliaque du côlon, le rectum, la vessie et les parois antérieure et latérale de l'abdomen, cavité dans laquelle se trouvait un fœtus bien conformé, d'environ

(1) Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses*, 5e édit., t. I, p. 86.

(2) Duverney, *Œuvres anatomiques*, t. II, p. 512, année 1761.

(3) Obs. extraite du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. V, p. 6 : *Des grossesses extra-utérines*, par Dezeimeris ; indiquée comme provenant de Bright, obs. extr., dans Froriep's *Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde*, t. XXIV, et Kleinert's *Repertorium*, avril 1830, p. 94.

trois mois, avec son placenta. Cette cavité communiquait par deux ouvertures avec le rectum et la courbure iliaque du côlon. L'utérus était sain et sans vestige d'épichorion ; l'une des trompes formait un sac à parois minces, déchirées et affaissées sur elles-mêmes, traces évidentes du séjour dans lequel s'était antérieurement développé le fœtus.

La deuxième observation que nous empruntons à la thèse de M. Siredey est au contraire un exemple de rupture de la trompe dans une grossesse tubaire, entraînant la mort en quarante-huit heures, sans qu'il y ait eu aucun travail d'enkystement. Cet accident est survenu quatre ou cinq semaines après la conception, par conséquent beaucoup plus prématurément qu'on ne l'observe dans les ruptures spontanées. Mais aussi, dans ce fait particulier, des fatigues excessives avaient causé, dès les premiers jours de la gestation, une métrorrhagie, et pourraient être invoquées à titre de causes prédisposantes; de plus, la rupture du kyste paraît avoir été déterminée par des excès de coït, qui ont agi comme une véritable cause traumatique.

OBSERVATION X (1). — *Périmétrite ancienne. — Grossesse tubaire. — Excès vénériens. — Hémorrhagie intra-péritonéale. — Mort après quarante-huit heures.*

Augustine L...., âgée de vingt-huit ans, est entrée le 12 août 1859 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 15 (service de M. Aran). Cette femme est d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatico-nerveux. Elle n'a pas eu de maladies graves ; elle n'a eu ni engorgement ganglionnaire, ni aucune trace de scrofules dans son enfance ; ses règles ont paru à quinze ans, régulièrement, mais avec flueurs blanches habituelles. Elle a été mariée à dix-sept ans et a eu deux enfants, le premier il y a neuf ans, et le second il y a trois ans et demi. Elle s'est levée trois jours après son premier accouchement; elle est restée trois mois à la Maternité comme nourrice, puis elle a rempli le même office dans une famille où elle est restée dix-huit mois. Elle a eu, pendant tout le temps de la lactation, d'abondantes flueurs blanches, mais sans douleurs ; la malade ne se livrait d'ailleurs à aucun travail fatigant. Elle a pu travailler facilement pendant les trois mois qui suivirent le sevrage ; mais bientôt apparurent des douleurs dans le bas-ventre, et des élancements vers le siége. Elle fut traitée d'abord par le fer rouge, et elle fut soulagée; elle resta six mois sans traitement. Trois ans après l'époque de son accouchement, elle consulta M. Valleix, qui reconnut un déplacement de

(1) Siredey, *Thèse inaugurale*. Paris, 1860, p. 98.

l'utérus et employa un pessaire à air. Elle n'a jamais été bien rétablie, malgré cinq mois de traitement; les douleurs dans les reins et le bas-ventre ont persisté, ainsi que les flueurs blanches, qui coulaient abondamment.

Survint une seconde grossesse : douleurs continues dans le ventre, augmentées par la marche et rendant le travail difficile. L'accouchement eut lieu facilement, mais le lendemain se déclara une péritonite, qui fut traitée par l'application de trente sangsues et des frictions avec de l'onguent mercuriel belladoné. Une salivation apparut à la suite de ce traitement; la malade ne resta que neuf jours à l'hôpital; elle ne put, à sa sortie, reprendre son travail, et n'a jamais été bien rétablie. La moindre fatigue lui causait des douleurs. Depuis un an les règles sont un peu plus abondantes, et l'obligent de temps en temps, par leur redoublement, à garder le lit.

Les rapports sexuels sont douloureux; il y a démangeaison à la vulve; après le coït survient un grand abattement. La malade se trouve mieux couchée que debout; la digestion est pénible; elle a été difficile depuis sept à huit ans : gonflement de l'estomac, sans constipation. Les urines sont peu abondantes; leur émission n'est point douloureuse, mais elles forment un précipité abondant, qui se dissout par la chaleur et l'acide azotique.

La malade se trouve plus mal depuis le 9 août; elle s'est refroidie la veille, a été mouillée pendant que le corps était en sueur et qu'elle avait ses règles : indigestion, douleur à l'estomac, vomissements de matières alimentaires et bilieuses, le tout avec très vive douleur épigastrique; puis, quelques heures plus tard, surviennent des douleurs au bas-ventre, et les règles s'arrêtent.

Le 11 au soir, le pouls, petit, bat 120 fois à la minute; peau chaude, soif ardente, vomissements porracés, ventre ballonné, surtout en bas, et très douloureux à la pression. — On applique vingt-cinq sangsues; cataplasmes, onguent napolitain belladoné; à l'intérieur, quatre pilules d'opium et suppression des boissons.

Le 12, il n'y a eu qu'un vomissement le matin, après l'ingestion d'un verre d'eau sucrée; 112 pulsations, 26 respirations; les lèvres et la langue sont sèches; soif vive, aucun appétit. Le ventre est sensible dans sa moitié inférieure, surtout au voisinage du petit bassin; l'hypogastre et la fosse iliaque droite sont le siége de douleurs plus aiguës; le vagin est très chaud et baigné de mucosités. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col utérin est porté en arrière, le corps de l'utérus en antéflexion très prononcée, et qu'il y a une dépression très marquée du cul-de-sac vaginal latéral gauche; de ce côté l'utérus est adhérent, et immobilisé par une tumeur que l'on rencontre également par le toucher rectal, qui fait reconnaître qu'elle est très élevée. On n'entend rien d'anormal au cœur; mais sur les parties latérales du cou, bruit de souffle. — Glace sur le ventre; quatre pilules d'extrait thébaïque et frictions mercurielles.

Le 13. On administre deux gouttes d'huile de croton et trente gouttes d'huile de ricin.

Le 15. La malade est très soulagée; on remplace la glace par des cataplasmes sur le ventre.

Le 17. Ventre à peu près indolore; depuis le 13 il y a eu constipation. — Huile de ricin additionnée d'huile de croton; on continue les frictions mercurielles.

Le 28. Il y a toujours de la chaleur dans le vagin, de la rénitence dans les culs-de-sac; l'utérus est toujours fixé à gauche, le col volumineux et boursouflé; on sent une rénitence profonde dans la fosse iliaque gauche; le toucher rectal fait encore reconnaître une tumeur immobilisant l'utérus à gauche.

La malade sort dans cet état.

Elle rentre à l'hôpital le 14 novembre.

Depuis sa sortie elle a toujours souffert, surtout au moment des règles; les flueurs blanches sont continuelles. Elle a fait des excès de travail et de coït; elle a eu ses règles il y a un mois; depuis elle a toujours perdu du sang, quoique en petite quantité.

Le dimanche 13 novembre, veille de sa rentrée à l'hôpital, elle fait un excès de travail; de très vives douleurs de reins la forcent à se mettre au lit, et dans la même nuit elle subit, malgré d'horribles douleurs, six approches sexuelles, à la suite desquelles survint une syncope très prolongée, puis des vomissements verts, porracés. Le ventre est extrêmement douloureux, distendu. La malade est portée le matin à l'hôpital, pâle, exsangue, dans un état de syncope; le ventre, très douloureux, est ballonné; le pouls est filiforme, avec 158 pulsations et 40 respirations; refroidissement des extrémités. Le col de l'utérus est porté un peu en avant; en arrière, le doigt rencontre un sillon, puis une petite tumeur arrondie, convexe, que l'on croit être le fond de l'utérus; le toucher vaginal ne fait pas reconnaître d'autre tumeur appréciable que celle-ci. On soupçonne bien une hémorrhagie interne, mais on ne trouve pas de tumeur indiquant l'hématocèle. Le toucher rectal est extrêmement douloureux; il fait reconnaître des brides et des adhérences, surtout à gauche; le doigt croit sentir le fond de l'utérus plongeant dans la cavité du sacrum. — Vin de Bordeaux, 25 centigrammes d'opium en cinq pilules; boules chaudes aux pieds.

Au bout de quelques heures la malade se réchauffe, mais reste sans uriner. — Cathétérisme.

Le pouls est toujours petit et misérable, marquant 160 pulsations; il y a quelques vomissements verts, porracés; la pâleur est extrême; il y a des douleurs très vives dans le ventre.

Dans la nuit, l'asphyxie commence, et la malade succombe dans la journée du 15 novembre, après une longue agonie.

Autopsie faite le 17, trente-six heures après la mort.

En pratiquant le toucher vaginal sur le cadavre, on trouve le col d'un volume

médiocre, porté en avant, le corps au contraire porté en arrière, et fixé à gauche, quoique possédant encore quelques mouvements. L'abdomen est considérablement distendu ; quand les parois sont incisées, un sang noir, liquide, s'en échappe ; il est accumulé en grande quantité (environ un litre et demi) dans les fosses iliaques, les flancs, et remonte même jusqu'au diaphragme. On trouve un énorme caillot pesant environ un kilogramme dans la cavité du bassin, qu'il dépasse de plusieurs travers de doigt ; du sang liquide remonte jusqu'à la face supérieure du foie. Cet organe est mou, exsangue et décoloré, ainsi que les poumons, la rate et les reins ; il est très petit, ainsi que la rate. L'énorme caillot dont nous venons de parler représente en liquide le volume d'un litre de sang environ ; il est entièrement noir et mou. L'utérus est couché dans la concavité du sacrum ; la cavité pré-utérine de l'excavation pelvienne est considérablement augmentée : c'est là qu'a eu lieu l'accumulation du sang. En renversant le cadavre, nous voyons ce gros caillot qui occupait le bassin se détacher en masse de lui-même, ce qui montre qu'il n'y avait aucune adhérence pour le retenir ; il en reste pourtant quelques débris fixés aux annexes de l'utérus, du côté droit.

Les cordons sus-pubiens sont considérablement hypertrophiés ; le ligament de l'ovaire gauche a entièrement disparu ; l'ovaire semble se détacher presque directement du tissu utérin. L'ovaire gauche et la trompe du même côté adhèrent ensemble ; ils sont couchés sur la partie latérale gauche de l'utérus, la trompe étant placée en avant et au-dessous de l'ovaire. Le pavillon de la trompe n'est pas oblitéré, il est un peu teint de sang : par la pression, on en fait sortir une gouttelette d'un liquide blanc et opaque. Des fausses membranes anciennes et résistantes soudent l'ovaire et la trompe au ligament large de ce côté. Ces organes présentent un épaississement considérable ; leur membrane externe est comme fibreuse. L'ovaire mesure environ 3 centimètres de longueur sur un d'épaisseur ; il est criblé de cicatrices, et présente de petits kystes à sa surface ; son tissu est presque charnu et parsemé de quelques caillots sanguins d'ancienne date. La trompe de ce côté est flexueuse, dilatée, remplie d'un liquide crémeux, que l'on fait sortir en pressant la trompe.

Au côté droit, on trouve dans un sillon profond, entre l'ovaire et la face postérieure de la trompe, un caillot qui paraît s'échapper d'un renflement gros comme une petite noix, violacé, et formé aux dépens de la trompe, au voisinage de son émergence des parois utérines. La trompe et l'ovaire sont soudées par d'anciennes adhérences, épaisses et résistantes, formant une masse solidaire avec l'utérus.

L'ovaire droit a quatre centimètres de longueur : son pédicule est extrêmement court, sa surface criblée de cicatrices ; il contient deux corps jaunes, l'un à sa surface, l'autre en son milieu. La trompe du même côté est très épaissie, et pleine d'un liquide opaque et crémeux. La tumeur signalée plus haut est évidemment formée aux dépens de la cavité de la trompe ; le

caillot existant entre celle-ci et l'ovaire correspondant provient d'une déchirure de la petite tumeur déjà décrite, déchirure de forme allongée, de 8 millimètres environ de longueur. La tumeur contient du sang très noir et une substance décolorée adhérente qui, à première vue, a été considérée comme un débris placentaire. Cette opinion a été confirmée par M. Robin, qui a bien voulu examiner cette pièce au microscope ; M. Robin a pensé que l'embryon était âgé de trois à six semaines.

A la réunion de son corps avec le col, l'utérus présente une sorte d'étranglement ; il est mou, flexible dans tous les sens : il mesure 85 millimètres verticalement, sur 45 entre les insertions des trompes. Les diamètres du col sont : le transversal, 3 centimètres ; l'antéro-postérieur, 28 millimètres. L'orifice du col laisse échapper un mucus opaque, et présente des traces d'ulcération. La plus grande épaisseur de l'utérus est de 3 centimètres d'avant en arrière ; sa membrane interne est fongueuse, épaisse, brunâtre, baignée d'un liquide sanguinolent, comme infiltrée de sérosité, et présentant en un mot tous les caractères propres à un utérus gravide. L'épaisseur de cette muqueuse est de 5 à 6 millimètres ; la paroi antérieure de l'utérus mesure 12 millimètres, abstraction faite de la muqueuse. La cavité du col a 30 millimètres de longueur ; celle du corps, 37.

Cette observation nous a paru très propre à démontrer que les épanchements sanguins, quelque considérables qu'ils puissent être, situés même dans le petit bassin, ne sauraient donner la sensation d'une tumeur, tant qu'un commencement de travail d'enkystement ne leur donne point une base solide. L'auteur, en effet, bien convaincu du fait d'une hémorrhagie interne, n'a pu constater de tumeur, fait important pour le diagnostic ; aussi est-ce surtout à ce point de vue que nous avons choisi cette observation parmi les nombreux exemples de rupture du kyste fœtal dans les grossesses tubaires.

Les grossesses tubo-utérines interstitielles se terminent plus souvent encore que les grossesses tubaires par la rupture du kyste fœtal ; ce serait même là, d'après M. le docteur Menière (1), leur mode de terminaison constant. L'observation de M. le docteur Payan nous permet cependant d'établir que la terminaison, sans être plus heureuse, peut au moins être différente. M. Jacquemier (2) pense même que quelquefois ce kyste a pu se rompre dans la cavité utérine, et

(1) Menière, *Archives générales de médecine*, 1re série, 4e année, t. XI, p. 169.
(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, t. I, p. 373.

que les femmes n'auraient pas succombé. Nous ne savons pas sur quels faits s'appuie cette opinion, et nous sommes obligés, par les relevés statistiques, de reconnaître avec M. le docteur Menière, que la rupture du kyste est la terminaison, sinon constante, au moins presque constante de cette variété de grossesse extra-utérine. Cet accident survient le plus ordinairement d'un à trois mois après la conception, tantôt sans aucune cause appréciable, comme dans l'observation si remarquable, mais tant de fois publiée, de Dance (1), dans celle d'Auvity rapportée par M. Menière, ou celle de M. Gaïde (2), tantôt sous l'influence d'une cause extérieure, contusions ou chute, comme dans l'observation d'Albers (de Brême), que nous rapportons ici.

Observation XI (3). — Une femme de trente-six ans, au troisième mois de sa seconde grossesse, fit une chute dans un escalier, le 19 septembre 1811, vers huit heures du matin. La secousse et la douleur qu'elle éprouva lui firent presque perdre connaissance. Quoiqu'il lui restât de vives douleurs dans le ventre et sur le sacrum, et quoique sa physionomie fût fort altérée, elle vaqua pendant la journée aux soins de la maison; elle alla même, en voiture, faire une visite le soir à l'extrémité de la ville. Elle eut une syncope et devint d'un froid glacial; revenue à elle, elle voulut être ramenée chez elle. Le mouvement de la voiture, pendant ce retour, lui causa d'atroces douleurs dans le ventre. Elle mourut vers deux heures du matin. Ce n'est que quatre jours après qu'on procéda à l'ouverture du corps.

La cavité abdominale fut trouvée remplie par du sang noir, coagulé, et au milieu du caillot on découvrit un petit fœtus qui, d'après sa grosseur, fut regardé comme ayant environ neuf semaines. L'utérus avait tous les caractères qu'il offre dans l'état de gestation. On reconnut que l'œuf s'était développé dans la partie de la trompe de Fallope, qui perce la substance utérine, et que le tissu de la matrice et le péritoine en rapport avec cet organe avaient été distendus jusqu'à ce que la déchirure en résultât. Aucun vestige des membranes de l'œuf ne put être découvert. La déchirure aurait tout au plus donné passage à un corps du volume d'un pois, et il en sortait de petits filaments d'un rouge foncé.

Dans ces diverses observations, empruntées à presque toutes les

(1) G. Breschet, Mémoire lu à l'Académie des sciences, 1825.

(2) Obs. de M. Gaïde, service de M. Rayer, *Revue médicale*, t. XX, p. 321.

(3) Obs. tirée de Dezeimeris, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. IX, p. 243.

variétés de grossesse extra-utérine, la rupture du kyste a eu lieu à des époques très différentes; toutefois, si nous ne tenons pas compte des dates extrêmes, un et huit mois, nous verrons que presque toujours elle a eu lieu du deuxième au quatrième mois, considération qui n'est pas sans valeur pour le diagnostic.

Nous devons d'ailleurs remarquer que toutes ces malades avaient eu une ou plusieurs grossesses; à l'exception d'une seule (1), pour laquelle il n'en est point question, toutes se croyaient enceintes, soit seulement à cause du retard dans l'apparition des règles que l'on a noté chaque fois, soit que tous les phénomènes du début de la gestation se fussent manifestés (2). Quelques-unes de ces grossesses, le plus petit nombre à la vérité, avaient eu une marche régulière; dans la plupart, au contraire, quelques phénomènes indiquent une marche irrégulière : ce sont tantôt des malaises, de la faiblesse, un état valétudinaire, des douleurs ressenties au siége anormal de la grossesse; tantôt des accidents inflammatoires divers coïncidant évidemment avec les lésions péritonéales observées à l'autopsie; tantôt enfin, et cela même presque constamment, des métrorrhagies ordinairement peu abondantes, mais de très longue durée, et sujettes à redoublement. Nous insistons d'autant plus sur ces hémorrhagies, qu'elles sont comparativement très rares dans les cas de grossesse extra-utérine terminés par guérison, quel qu'en soit le mode, et plus rares encore dans les premiers mois des grossesses normales.

C'est donc au milieu des phénomènes que nous venons d'indiquer, le plus habituellement lorsque l'hémorrhagie a diminué ou cessé complétement, que survient cette rupture, souvent spontanément, sans autre cause connue; d'autres fois, à la suite de causes en quelque sorte traumatiques, telles qu'un coup reçu sur le ventre (3), une chute dans un escalier (4), des fatigues excessives ou des excès vénériens (5). La rupture est annoncée par une douleur vive, le plus souvent atroce, siégeant dans l'hypogastre, suivie presque immédiatement d'une ou de plusieurs syncopes, souvent très prolongées, répétées et effrayantes; presque aussitôt surviennent : le refroidissement géné-

(1) Voy. obs. X, page 538.
(2) Voy. obs. VIII, page 535.
(3) Voy. obs. VIII, page 535.
(4) Voy. obs. XI, page 543.
(5) Voy. obs. X, page 538.

ral, le ballonnement du ventre ou un changement dans sa forme, si la grossesse est déjà un peu avancée; une excessive faiblesse, des lipothymies, assez souvent des vomissements, plus rarement des convulsions. Enfin la mort arrive, ordinairement au milieu de la plus entière connaissance, après un laps de temps assez court, qui varie de huit, dix ou douze heures, jusqu'à trois ou quatre jours; ce n'est que très exceptionnellement que l'hémorrhagie s'arrête, s'enkyste, et que la vie se prolonge pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois (1).

La rupture du kyste fœtal ne se fait cependant pas toujours aussi brusquement que nous venons de l'indiquer, et les accidents ne suivent pas toujours une marche aussi rapide; souvent des douleurs précèdent pendant plusieurs heures ou plusieurs jours cette perforation. Ainsi, dans l'observation d'Albers (2) nous voyons qu'après sa chute, la malade perdit connaissance, mais que, malgré l'altération de la physionomie et la persistance de douleurs dans le ventre et vers le sacrum, elle put vaquer toute la journée aux soins de la maison; ce ne fut que le soir que survint brusquement une syncope, et un froid glacial bientôt suivi de la mort. Évidemment c'est seulement à ce dernier moment que s'est produite l'hémorrhagie intra-péritonéale; mais peut-on expliquer par un décollement du placenta, et par une hémorrhagie qui aurait d'abord distendu le kyste et plus tard déterminé sa rupture, les douleurs dans le ventre et vers le sacrum, ainsi que la perte de connaissance, qui ont suivi la chute; c'est une hypothèse plausible, mais dont nous ne saurions démontrer la réalité. Dans quelques cas, au contraire, cette succession d'accidents survenue plus lentement a pu être parfaitement observée; des hémorrhagies successives ont eu lieu dans le kyste fœtal et ont formé une tumeur qui a pu se rompre dans le péritoine sous l'influence de la distension du kyste, ou qui a amené la mort sans s'ouvrir dans l'abdomen. Ces faits nous permettent d'établir ainsi l'un des modes de rupture des kystes fœtaux, mais sans que rien autorise à penser qu'il en soit toujours ainsi. Au contraire, les observations dans lesquelles l'hémorrhagie intra-kystique se produit lentement, quelquefois même par poussées successives, diffèrent

(1) Voyez obs. IX, page 537.
(2) Voyez obs. XI, page 543.

tellement des précédentes par leurs symptômes, leur marche et leur durée, que nous avons cru devoir les décrire séparément et en faire notre cinquième espèce.

§ 5. — Cette division est d'autant mieux justifiée, que même dans les cas ou l'hémorrhagie intra-kystique a fini par amener la rupture du kyste fœtal, la plus longue période de la maladie a été celle pendant laquelle une ou plusieurs hémorrhagies se sont faites dans le kyste, tandis que la rupture n'est que la terminaison malheureuse d'une série d'accidents assez nettement caractérisés. Nous verrons d'ailleurs qu'elle n'est pas une terminaison absolument nécessaire; que dans quelques cas même elle semble n'avoir été déterminée que par des circonstances fortuites, et quelquefois très longtemps après le début des accidents. Nous devions d'autant plus étudier spécialement cette période de la maladie où l'hémorrhagie se fait dans le kyste sans en déterminer la rupture, que pendant cette phase, plus ou moins longue suivant les cas, l'épanchement sanguin toujours enkysté, contrairement à ce que nous avons observé dans les espèces précédentes, constitue une tumeur qui, par son siége, sa forme et sa nature, présente plus ou moins complétement les caractères physiques de l'hématocèle péri-utérine. Il faut même reconnaître que le plus souvent pendant la vie et quelquefois même à l'autopsie, on a pris ces tumeurs pour des hématocèles, bien que par bon nombre de leurs symptômes, aussi bien que par leur mode de production et leur étiologie, elles en diffèrent assez notablement pour que le diagnostic, quelque difficile qu'il soit, puisse cependant en être tracé.

Dans les faits de ce genre, et suivant le siége de la grossesse extra-utérine, la tumeur pourra être soit intra, soit extra-péritonéale. Déjà l'observation de M. Nonat (1) nous a montré un exemple d'une hémorrhagie dans un kyste fœtal sous-péritonéal sans rupture du kyste. L'observation suivante publiée par M. Gallard (2) est un de ces rares exemples d'hémorrhagie intra-kystique dans le cours d'une grossesse sous-péritonéo-pelvienne. Le kyste, à la vérité, a fini par se rompre et s'ouvrir dans le péritoine; mais cet accident, survenu sous l'influence d'une injection pratiquée dans le kyste, ne

(1) Voyez obs. II, page 516.
(2) *Bulletins de la Société anatomique*, année 1854, page 390.

saurait être attribué ni à la marche spontanée de la maladie, ni à une nouvelle hémorrhagie; car, d'une part, on n'a trouvé dans le péritoine qu'une sérosité sanguinolente, et, d'autre part, les caillots sanguins contenus dans la tumeur étaient tous semblables, et ne paraissaient pas pouvoir être rapportés à des hémorrhagies successives. On en jugera d'ailleurs mieux encore par la lecture de l'observation.

OBSERVATION XII. — *Grossesse extra-utérine. — Métrorrhagies multiples — Tumeur rétro-utérine. — Ponction de la tumeur, injection. — Péritonite. — Mort. — Autopsie.*

Radiguet (Marie), femme Walger, trente-deux ans, limonadière, entre le 3 novembre 1854 à l'hôpital Beaujon, n° 355 (service de M. Robert).

C'est une femme forte, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves, et ayant eu seulement de petites indispositions assez fréquentes, dont il sera fait mention plus loin, car toutes paraissent avoir été sous l'influence de la menstruation. Elle ne se rappelle, pour tous antécédents pathologiques de son enfance, que quelques croûtes à la tête, dont l'apparition a coïncidé avec celle d'une ophthalmie qui n'a eu aucune gravité, et a duré seulement quelques mois. Elle a eu aussi la coqueluche.

Je dois à l'obligeance de mon collègue et ami M. Pain les notes qui ont rapport aux antécédents aussi bien qu'aux symptômes observés pendant la vie.

Cette femme raconte que vers l'âge de onze à douze ans elle toussait souvent, et que, pendant ces deux années, elle a été presque constamment enrhumée, mais que cette toux a disparu immédiatement après l'apparition de ses règles, qui a eu lieu vers l'âge de treize ou quatorze ans. La menstruation s'est établie avec facilité, et a continué à être régulière tous les mois depuis la première époque. Il arrivait fréquemment que les règles fussent moins abondantes, et qu'elles s'accompagnassent de malaise, de céphalalgie, de douleurs utérines et lombaires, accidents qui disparaissaient après l'application d'un petit nombre de sangsues. Deux fois, pourtant, à seize et à vingt-trois ans, ces accidents furent plus sérieux, il y eut de la tension du ventre, de la fièvre, du délire même; on eut recours aux évacuations sanguines plus vigoureusement que d'habitude : deux fois on appliqua vingt sangsues sur l'abdomen, on fit plusieurs saignées générales, et après une maladie qui, chaque fois, avait forcé la patiente à garder la chambre cinq ou six semaines, la santé se rétablit. Les règles présentent toujours la même régularité quant à leur apparition, la même variation en ce qui concerne l'abondance du flux sanguin et les douleurs dont son écoulement était accompagné.

Depuis cinq ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais eu de retards dans

l'apparition de ses règles; elle dit seulement que pendant les premières années qui ont suivi son mariage, elle a eu plus fréquemment de la céphalalgie et des nausées. Comme son mari était alors marchand de couleurs, elle attribue à l'odeur des essences et des vernis, qui l'incommodaient beaucoup, la plus grande fréquence des accidents qu'elle éprouvait, et assure positivement que ses maux de tête surtout sont moins intenses et reviennent moins souvent depuis que son mari a changé d'état.

Elle avait contracté l'habitude de se faire saigner et de se purger chaque année, habitude à laquelle elle a négligé de se conformer cette année, à cause de l'invasion du choléra, et elle attribue à cette négligence certains malaises qu'elle a éprouvés au mois de juillet 1854, où elle a eu quelques étourdissements avec courbature, nonchalance, sensation de resserrement et de sécheresse à la gorge, inappétence, etc. Ses règles de juillet se sont montrées régulièrement et sans grandes douleurs, mais c'est au moment de leur apparition qu'ont eu lieu surtout les légers symptômes que je viens d'énumérer, et contre lesquels aucun traitement n'a été dirigé. Au commencement du mois d'août, l'époque menstruelle est annoncée par l'apparition de quelques gouttes de sang seulement qui tachent le linge, et il survient le même jour des coliques utérines sourdes avec irradiation de la douleur dans la région lombaire; ces symptômes durent trois jours, pendant lesquels les règles ne se montrent pas, malgré l'application de serviettes chaudes sur le ventre et les cuisses, le repos et l'administration de boissons chaudes et légèrement excitantes (tilleul, armoise).

Au bout de trois jours il survient une véritable métrorrhagie, avec expulsion de caillots; les douleurs cessent, mais l'hémorrhagie persiste pendant tout le mois, pour reprendre une nouvelle intensité en septembre, au moment de l'époque menstruelle. La malade est obligée de s'aliter, mais elle n'a pas de fièvre, elle éprouve surtout des coliques très violentes et une constipation opiniâtre. Son ventre n'est ni tendu ni douloureux à la pression; il n'y a ni vomissements ni symptômes fébriles.

Vers la fin de septembre, au moment même où la malade prend un lavement, il se développe subitement de nouvelles et plus vives douleurs, qui diminuent après l'administration de deux potions purgatives et plusieurs lavements. Cependant l'hémorrhagie persiste, le ventre augmente de volume, la constipation est toujours aussi grande, et l'appétit se perd.

Au commencement d'octobre, une nouvelle recrudescence des douleurs et de l'hémorrhagie, accompagnée cette fois, non-seulement de nausées, mais de vomissements de matière filante, incolore, engage à prendre l'avis d'un nouveau médecin, qui conseille l'application de la glace en petits morceaux introduits dans le vagin. L'hémorrhagie diminue notablement sous l'influence de cette médication, mais ne disparaît pas d'une manière complète; les douleurs sont plus vives que précédemment. On cesse au bout de trois jours l'applica-

tion de la glace, pour avoir recours à des potions dont la nature est inconnue à la malade. Enfin, vers les derniers jours d'octobre l'hémorrhagie cesse, les douleurs diminuent et disparaissent presque complétement; la malade peut se lever; son ventre est un peu moins gros, quoique toujours plus volumineux qu'à l'état normal; il y a toujours des nausées et de la constipation, mais plus de vomissements.

Le 29 octobre, elle se croit en état de quitter la chambre, et se hasarde à faire une assez longue course à pied; mais le soir elle est extrêmement fatiguée, a des douleurs très vives dans les régions lombaire et hypogastrique, et se voit forcée de reprendre le lit. L'hémorrhagie n'a cependant pas reparu.

Depuis ce jour jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le traitement a consisté uniquement dans le repos au lit, la diète, des applications émollientes sur le ventre, l'usage d'injections et de lavements émollients, et il n'est survenu aucun changement notable. C'est alors que son médecin lui conseille de venir à l'hôpital Beaujon.

La malade y entre dans la journée du 3 novembre. Le soir elle n'est examinée que superficiellement, et comme il n'y avait pas eu de garderobe depuis plusieurs jours, on prescrit un lavement émollient, qui est rendu seul quelques instants après.

Le 4 et le 5, l'examen complet de la malade est fait plus attentivement par M. Robert et par M. Huguier.

On trouve le ventre volumineux, présentant un développement analogue à celui qui se rencontre chez une femme arrivée au septième mois de la grossesse. Le ventre est tendu, sans bosselures. La partie supérieure de l'abdomen donne un son clair tympanique à la percussion. La partie inférieure donne de la matité suivant une ligne irrégulière passant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis, et se prolongeant jusque vers la fosse iliaque gauche. La palpation n'est pas douloureuse; elle permet de constater qu'au niveau des points mats, il existe une tumeur non fluctuante, qui n'est pas adhérente à la fosse iliaque droite, et paraît se détacher de l'excavation. La sonde, introduite dans la vessie, donne issue à une assez grande quantité d'urine normale, bien que la malade ait uriné pendant la nuit.

L'examen des organes génitaux, la femme étant placée en travers sur son lit et soutenue par deux aides comme pour l'application du spéculum, donne les résultats suivants :

Le périnée est saillant comme celui d'une femme en couches, lorsque la tête descend dans l'excavation. La muqueuse vulvaire et vaginale ne présente pas de coloration anormale. Par le toucher vaginal, on sent le col peu volumineux et mou, porté en avant et un peu incliné à gauche derrière le pubis. Il est en même temps élevé et transporté au niveau du bord supérieur de la symphyse pelvienne.

En arrière du col, embrassant toute sa demi-circonférence postérieure et revenant de chaque côté, de façon à ne laisser libre que sa face antérieure, on sent une tumeur qui repousse le cul-de-sac vaginal postérieur, et se prolonge dans la cloison recto-vaginale à peu près jusqu'au milieu de cette cloison. Cette tumeur n'est pas du tout douloureuse au contact du doigt, on n'y sent ni chaleur ni battement. En certains points, elle présente de la mollesse et une fluctuation manifeste en arrière et un peu à gauche du col

Par le toucher rectal, on retrouve cette tumeur, dont on peut atteindre la limite supérieure avec le doigt; mais à l'aide de la palpation hypogastrique, combinée avec le toucher vaginal, on sent bien manifestement qu'elle se continue avec celle qui existe à l'hypogastre. Si l'on pratique simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal, on limite parfaitement entre les deux doigts la portion de tumeur qui se prolonge dans la cloison recto-vaginale, et l'on sent que les deux couches de cette cloison sont décollées jusqu'à une très petite distance du périnée. C'est dans cette région que la tumeur est fluctuante, et son volume augmente sensiblement au-dessus des limites jusques auxquelles les doigts peuvent atteindre.

Le cathétérisme utérin n'est pas pratiqué ; on n'examine pas avec le spéculum. Le décubitus est horizontal ; la face exprime la souffrance, mais sans être anxieuse ; la peau est un peu chaude, légèrement fébrile. Le pouls, assez fort, n'a pas été compté. L'auscultation et la percussion des poumons et du cœur ne révèlent l'existence d'aucun phénomène morbide du côté de ces organes. On n'a pas songé à examiner les seins. La bouche est un peu amère, la soif modérée; il y a peu d'appétit; la langue est souple, humide, bien conformée ; constipation. Lavement laxatif le 4 novembre au soir. Plusieurs selles diarrhéiques dans la nuit.

Le 6 novembre, M. Robert fait avec le bistouri, et par le vagin, sans spéculum, en conduisant l'instrument sur son doigt préalablement appliqué sur le point fluctuant, une incision transversale peu étendue dans le point de la paroi recto-vaginale, au niveau duquel la fluctuation avait été perçue. Il s'écoule immédiatement une petite quantité de sang fluide, de consistance huileuse, d'une coloration peu foncée, et pas de caillots. Dans la journée, l'écoulement sanguin continue; l'état général de la malade est satisfaisant; elle n'est pas affaiblie, ne souffre pas plus que les jours précédents ; la nuit est bonne, elle dort.

Le 7, après la visite du matin, une injection d'eau tiède est poussée avec une force modérée par l'ouverture de l'incision, à l'aide d'une canule de caoutchouc A peine a-t-on fait pénétrer une centaine de grammes de liquide, que la malade est prise de lipothymie; elle accuse une vive douleur à l'épigastre, la face pâlit et exprime la souffrance. L'injection est suspendue immédiatement, huit sangsues sont appliquées à l'épigastre. Le ventre continue à être douloureux, il se tuméfie; le pouls devient petit et misérable. Il y a

des frissons, des vomissements intenses surviennent; la malade se pelotonne sous ses couvertures, la face se grippe de plus en plus. Dix sangsues nouvelles sont appliquées immédiatement après la chute des huit premières. On donne un lavement purgatif, de la glace, de l'eau de Seltz. Des onctions sont faites sur le ventre avec la pommade mercurielle. Un gramme de calomel est prescrit en dix prises. Cinq seulement de ces dix prises sont administrées avant la mort de la malade, qui a lieu à dix heures du soir, douze heures environ après le début des accidents.

L'autopsie est pratiquée trente-six heures après la mort, par M. Huguier lui-même. Temps froid et humide. Pas de traces de putréfaction; abdomen météorisé. En incisant la paroi abdominale antérieure, on la trouve infiltrée à la partie inférieure seulement de sérosité sanguinolente. Cette sérosité est infiltrée au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, et dans l'épaisseur des corps charnus des deux muscles obliques. La paroi antérieure de la vessie est adhérente à la paroi abdominale, de telle sorte qu'en enlevant cette dernière, on ouvre la vessie, et que l'urine se mêle ainsi au liquide contenu dans le péritoine, liquide dont la coloration est d'un gris jaunâtre, et la quantité de cinq à six cuillerées. Le liquide sanguinolent qui s'écoule plus tard, et qui peut être évalué à plus d'un litre, paraît sortir d'un foyer sanguin, qui sera décrit plus loin.

Au milieu de l'espace compris entre l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on trouve une tumeur graisseuse, de forme pyramidale, ayant une base de 6 centimètres de diamètre et une hauteur de 7 centimètres. Elle est située au-dessous du péritoine, et fait saillie dans la cavité abdominale et nullement à l'extérieur. Le péritoine, notablement épaissi, présente une coloration générale blanchâtre, sur laquelle se détachent des marbrures rouges, violettes, ardoisées et noirâtres, de formes et de dimensions variées. Les taches rouges et violacées, les premières sous forme d'arborisations, et les autres sous l'apparence de plaques, occupent la surface externe de l'intestin et surtout de l'intestin grêle. Les ardoisées et les noires se retrouvent sous forme de plaques sur le foie et sur le péritoine pariétal du bassin, sous forme de pointillé sur le mésentère. Le grand épiploon, épaissi et poisseux au toucher, est d'un brun marron. Il adhère au sommet de la vessie, dans une étendue de 5 centimètres de droite à gauche, et 1 centimètre d'avant en arrière. Le cul-de-sac vésico-vaginal est libre d'adhérences, mais effacé par l'application de la face postérieure de la vessie contre la tumeur. En arrière de la vessie, on voit le fond de l'utérus dévié à gauche, environné par une anse d'intestin grêle et une portion de côlon transverse que des adhérences cellûleuses assez faciles à détruire maintiennent en rapport avec le grand épiploon et l'S iliaque, de manière à circonscrire une ouverture à bords déchirés de 5 centimètres de diamètre, qui conduit dans une cavité pleine de sérosité sanguinolente et de caillots sanguins diffluents ayant la

consistance de la gelée de groseille, mais avec une coloration plus noirâtre. On retire par cette ouverture, située en arrière et en dehors de l'extrémité gauche du fond de l'utérus, plus d'un verre de ces caillots.

Dans le ligament large droit on sent une tumeur du volume du poing, qui refoule l'utérus à gauche, et ne s'affaisse pas par suite de la déplétion de la poche sanguine, située du côté opposé. L'utérus, situé entre ces deux tumeurs, mesure une largeur de 7 centimètres au niveau de son fond. La hauteur de ces cavités réunies est de 8 centimètres. Les deux contiennent des mucosités teintes de sang; ces mucosités sont filantes, élastiques, adhérentes aux parois dans le col, grenues, cassantes dans le corps où elles sont plus abondantes, car la cavité est un peu dilatée, et ont l'aspect et la consistance de chocolat brûlé. A la surface interne du corps il y a, de l'orifice d'une trompe à l'autre, 48 millimètres. L'épaisseur de la paroi antérieure du corps est de 15 millimètres, du col 6 millimètres. Un stylet, introduit par l'orifice interne des trompes, ne pénètre pas au delà de 4 centimètres de chaque côté. Le col, un peu volumineux, est entr'ouvert et laisse échapper entre ses lèvres un peu du mucus précédemment décrit. A 3 centimètres au-dessous de cet orifice se trouve, sur la paroi postérieure du vagin, une incision de 1 centimètre et demi d'étendue transversale, entre les lèvres de laquelle se glissent des caillots sanguins. Une sonde cannelée, introduite par cette ouverture, descend du côté de la vulve jusqu'à 4 centimètres. Le foyer s'étend donc dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale jusqu'à 7 centimètres au-dessous de l'orifice extérieur du col de l'utérus.

Le vagin, qui était plein de caillots sanguins, présente une coloration violacée due à l'imbibition, et qui a disparu par le lavage.

La surface interne du rectum ne présente rien d'anormal; seulement, en incisant la paroi antérieure de cet intestin, on lui trouve à peine 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et l'on tombe tout de suite dans un foyer sanguin, communiquant d'une part avec le vagin par l'incision pratiquée pendant la vie, de l'autre avec la cavité péritonéale par la déchirure située en arrière de la corne gauche de l'utérus. En extrayant de ce foyer de nouveaux caillots sanguins, en tout semblables à ceux déjà décrits, on trouve, au milieu d'abord, un pariétal ayant les dimensions d'un ongle d'adulte, puis un fœtus entier de 10 à 12 centimètres de longueur. Les os du crâne et un membre supérieur sont séparés du reste du fœtus, mais se retrouvent parmi les caillots. Tout cela est assez informe, ramolli et même putréfié; on ne retrouve pas le cordon ombilical. Après avoir vidé cette cavité de tous les caillots qu'elle contenait, on la trouve se prolongeant par derrière le corps et le col de l'utérus jusqu'à la tumeur située à droite de cet organe dans le ligament large, tumeur qui, incisée, offre un tissu spongieux, aréolaire, infiltré de sang, et paraît être le placenta.

Que sont devenus les pavillons des trompes, les ovaires, le péritoine du

cul-de-sac recto-vaginal ? C'est ce qu'il ne m'a pas été permis de savoir, n'ayant pas fait moi-même la dissection. Le tissu cellulaire qui environnait toutes ces parties était induré, et les englobait toutes dans des adhérences au milieu desquelles il est assez difficile de se reconnaître. Pourtant, on y retrouve l'ovaire gauche parfaitement sain, et en examinant la face interne du foyer sanguin, on la trouve lisse et polie dans sa paroi supérieure, ce qui porte à supposer que cette paroi supérieure est formée par le péritoine, car on ne trouve pas inférieurement le même aspect.

Une nouvelle et plus attentive dissection, faite en présence de MM. Foucher et Guyot, nous a permis de constater : 1° que la tumeur situé dans le ligament large droit est bien le placenta, situé entre les deux lames du péritoine qui constitue ce ligament, et qu'en arrière de l'utérus il est en communication avec le kyste dans lequel se trouvait le fœtus; 2° que toute la face interne de ce kyste est tapissée par une membrane lisse polie; qu'il nous a été impossible de déterminer si cette membrane était le péritoine ou seulement le chorion; 3° que la trompe droite est oblitérée à 4 centimètres de la corne utérine correspondante; il nous a été impossible de retrouver le pavillon de cette trompe et l'ovaire du même côté.

La vessie est dilatée et distendue latéralement, peu dans le sens antéro-postérieur. Son sommet s'élève à 10 centimètres au-dessus du pubis. Sa muqueuse est blanchâtre, excepté dans le point qui correspond à celui au niveau duquel la face externe a contracté des adhérences avec le grand épiploon. Là elle présente une coloration d'un gris ardoisé. Les uretères sont un peu dilatés, surtout près du détroit supérieur, où ils se dégagent en arrière de la tumeur, et ont un centimètre de diamètre. Les reins sont pâles et décolorés.

Il ne nous semble pas difficile de justifier la dénomination d'hémorrhagie intra-kystique que nous avons donnée à cette observation. D'un côté, la face interne du foyer tapissée par une membrane lisse et polie, qu'on croit être le chorion, prouve suffisamment que l'hémorrhagie s'était faite dans le kyste lui-même ; d'autre part, le siége de la tumeur formée par le placenta dans le ligament droit, et celui de la collection sanguine qui s'étendait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale démontrent que cette tumeur était sous-péritonéale. Enfin, M. Gallard, qui a parfaitement reconnu la situation du foyer, décrit lui-même la communication de ce kyste avec la cavité péritonéale par une déchirure située en arrière de la corne gauche de l'utérus. Aussi nous semble-t-il évident que dans ce cas le foyer hémorrhagique, comme l'indique l'auteur de l'observation lui-même, est sous-péritonéal, et est constitué par le kyste fœtal lui-même.

La symptomatologie d'ailleurs me paraît indiquer ce siége spécial. Ainsi, bien que la muqueuse vaginale ne présente pas la coloration anormale que quelques médecins ont voulu donner comme un symptôme de l'hématocèle, et surtout de l'hématocèle sous-péritonéale, on voit que le périnée était saillant comme celui d'une femme en couches; que par le toucher vaginal et rectal combinés, on sentait que les deux couches de la cloison recto-vaginale étaient dedoublées jusqu'à une très petite distance du périnée, ce que l'on n'observe pas dans les épanchements situés dans le cul-de-sac recto-utérin du péritoine. En même temps la malade ne présente pas l'aspect dit péritonéal, la face exprime bien la souffrance, mais sans être anxieuse; la peau est un peu chaude, légèrement fébrile, enfin le pouls est assez fort. Ces caractères indiquent nettement qu'il ne pouvait pas s'agir dans ce fait d'un épanchement intra-péritonéal; aussi dans cette observation ne voit-on survenir la syncope et la péritonite indiquant la rupture du kyste qu'après l'injection d'eau tiède poussée dans le foyer sanguin. Ces accidents terminaux sont les seuls que l'on ait pu observer dans l'observation suivante, que nous empruntons à M. Pize, et qui, quelque incomplète qu'elle soit, montre cependant assez clairement que dans quelques-uns de ces cas l'hémorrhagie fournie par le placenta, comme dans certains cas d'hémorrhagies internes survenues pendant le cours d'une grossesse régulière, peut se faire par poussées successives, et déterminer la rupture du kyste gestateur sans déchirer les membranes propres qui enveloppent le fœtus.

OBSERVATION XIII (1). — *Grossesse extra-utérine de dix semaines environ. — Symptômes de péritonite aiguë. — Tumeur dans la fosse iliaque droite. — Sang épanché dans le péritoine. — Tumeur siégeant à la région ovarique droite, formée par le placenta et des caillots stratifiés, rompue en un point et repoussant une poche constituée par l'amnios et contenant un fœtus de dix semaines.*

Une femme entra pendant les vacances dans le service de M. le professeur Piorry, à la Charité, présentant les symptômes d'une péritonite suraiguë; en proie au plus violent délire, elle ne peut fournir aucun renseignement. Cependant on sentit par la palpation une tumeur dans la fosse iliaque droite. La malade mourut au bout de cinq ou six jours. A l'autopsie, on trouva d'abord des caillots sanguins épanchés dans la cavité péritonéale; il n'y avait

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, année 1853, p. 40.

ni pus, ni fausses membranes ; les intestins étaient colorés en noir très foncé; les parties génitales offraient à la région ovarique droite une tumeur considérable formée de caillots stratifiés, déchirés en un point d'où sortait du sang semi-coagulé ; en un mot, ayant tout l'aspect d'un ancien anévrysme de l'aorte qui vient de se rompre.

Presque au sommet de la tumeur était une poche pleine d'un liquide transparent et contenant un fœtus parfaitement conformé, très bien conservé, d'une grandeur équivalente, à l'état normal, à un âge de dix semaines environ. La poche fœtale était tapissée par une membrane lisse et transparente, un véritable amnios. Sur sa partie inférieure était un placenta offrant plusieurs circonvolutions parfaitement dessinées. Le cordon ne s'insérait pas au centre de ce placenta, mais à son bord interne.

L'utérus ne différait en rien de l'état où on le trouve pendant la vacuité ; sa membrane muqueuse n'offrait point cette hypertrophie et cette vascularisation si remarquable pendant la grossesse ; il n'existait rien qui pût ressembler à une caduque.

L'ovaire et la trompe du côté gauche étaient parfaitement sains. L'ovaire droit, celui du côté du kyste, était caché au milieu de la masse des caillots sanguins; la trompe, tout à fait méconnaissable, avait son orifice utérin entièrement bouché. J'ai dû en conclure que la grossesse était tubaire, et je pense qu'on peut expliquer la marche de l'affection de la manière suivante:

Un œuf fécondé se sera développé dans la trompe droite. Sa présence y aura déterminé un phénomène analogue à celui que présente l'utérus dans le cas de grossesse normale, c'est-à-dire un afflux sanguin considérable ; les vaisseaux tubaires, n'ayant pu s'y prêter aussi bien que ceux de l'utérus, se seront rompus. L'hémorrhagie étant d'abord faible, lente, le sang coagulé aura formé une masse considérable jusqu'à ce qu'enfin une hémorrhagie plus violente étant survenue, le sang se sera fait jour à travers une déchirure de la masse des caillots primitifs jusque dans la cavité péritonéale, rupture à laquelle la malade a évidemment succombé.

Cette observation, en l'absence de tout renseignement, ne saurait évidemment servir qu'à montrer le mode de production de quelques-unes de ces hémorrhagies : toutefois elle montre que ces faits ne sont pas complétement exceptionnels; elle nous fait comprendre comment dans quelques cas le placenta entièrement désorganisé n'a pu être parfaitement reconnu à l'autopsie, et a pu ainsi donner lieu à une interprétation en partie erronée, comme dans l'observation suivante. Celle-ci est, à notre connaissance, le seul exemple observé pendant la vie d'hémorrhagie dans un kyste fœtal intra-péritonéal, et c'est précisément à cause de ce fait, et de sa situation dans le cul-

de-sac recto-utérin, que la tumeur constituée par la grossesse extra-utérine a dû être très-facilement prise pour une hématocèle rétro-utérine.

OBSERVATION XIV (1). — *Grossesse tubo-abdominale. — Métrorrhagie. — Hémorrhagies successives dans le kyste fœtal. — Péritonite. — Rupture probable du kyste et hémorrhagie mortelle.*

Millot (Louise), trente-deux ans, cotonnière, entrée le 18 mars (hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n° 28). Réglée à quinze ans régulièrement; cinq enfants, peu de maladies graves, a éprouvé des chagrins; dernier enfant il y a deux ans et demi. Dans cette grossesse, perte de quatorze jours, au début; réglée au deuxième mois. La grossesse a suivi ensuite sa marche ordinaire. Millot a perdu son mari depuis la fin de janvier, par suite d'une fièvre typhoïde. Elle se trouvait en retard de sept jours quand, le 20 janvier 1853, elle a été prise d'une hémorrhagie utérine assez abondante, qui s'est prolongée jusqu'à son entrée à l'hôpital. Du 18 au 28 mars, l'hémorrhagie qui, dans ses débuts, avait quelques moments d'arrêt, n'a pas cessé un instant, et s'accompagne de douleurs dans le ventre que la femme compare au mal d'enfant.

Cataplasmes, lavements, injections, bains.

28 mars. —On trouve l'utérus abaissé, porté en avant; lèvres du col un peu renversées; la postérieure est volumineuse, irrégulière et violacée. Col entr'ouvert, corps de l'utérus volumineux en arrière et à gauche; l'hémorrhagie continue.

1er avril. — Douleurs fortes, vingt sangsues à l'hypogastre, à gauche; soulagement marqué.

2 avril. — Le toucher fait reconnaître une tumeur circonscrivant l'utérus, comprimant la vessie, et remontant à 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament de Fallope du côté gauche; la compression de la vessie est reconnue par le cathétérisme vésical. Altération des traits, peau froide; 60 pulsations.

Application de trente sangsues.

3 avril. — Besoin irrésistible d'aller à la selle; la tumeur monte de quatre travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope; elle forme dans le vagin une sorte de plancher résistant, sans fluctuation.

4 avril. — La peau a pris une teinte jaune. Cinq ou six garderobes à la suite d'un purgatif. La tumeur dépasse de cinq à six travers de doigt le ligament de Fallope à gauche; pouls faible, 128 pulsations; respiration à peine diaphragmatique; ventre ballonné, peau et extrémités froides. On diagnostique tumeur sanguine rétro-utérine probable, avec péritonite partielle.

---

(1) Observation de M. Gaube, *Bulletins de la Société anatomique*, 28e année, 1853, p. 120 et suivantes, publiée également par M. Aran, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 3e partie, p. 793.

5 avril. — Quelques vomissements bilieux; teint jaune plus prononcé qu'hier. La malade est un peu mieux. Pouls développé, 120 pulsations; 30 à 40 respirations presque exclusivement costales. La tumeur est encore augmentée et se porte en s'effilant à droite, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

6 avril. — Ventre encore tendu et douloureux, mais la péritonite semble s'être limitée à la moitié inférieure de l'abdomen. Le diaphragme se soulève très sensiblement dans l'inspiration. La tumeur n'a pas changé.

7 avril. — La malade a eu onze ou douze garderobes. Mieux marqué; pouls développé, 108 pulsations; partie supérieure du ventre complétement indolente; la tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de la branche gauche du pubis. Pas de nausées ni de vomissements; un peu de sommeil.

8 avril. — La journée d'hier a été bonne. La malade s'est sentie, dans la nuit, de fortes coliques. Ce matin, à sept heures, elle a été prise d'un violent claquement de dents. A huit heures, le frisson continue; horripilation générale; face pâle, altérée; pouls très fréquent, 128, 132 pulsations; langue sèche et pâle, lèvres décolorées. Le pouls est petit, serré; une nouvelle hémorrhagie se fait évidemment. La malade meurt à onze heures du matin.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort (9 avril 1853). — Coloration jaune des téguments; rigidité cadavérique assez prononcée. Le toucher pratiqué sur le cadavre montre le col entr'ouvert et permettant l'introduction de la moitié de la phalange unguéale. Lèvre antérieure mince et tranchante; lèvre postérieure épaisse, arrondie et se continuant avec la tumeur; utérus toujours abaissé; le col se présente à trois travers de doigt au-dessus de la vulve.

Thorax. — Les poumons sont à l'état sain; pas de tubercules, ils sont rétractés vers la partie postérieure et supérieure de la cage thoracique. Le poumon gauche adhère à la plèvre costale par quelques fausses membranes anciennes; un ou deux ganglions bronchiques renferment des tubercules à l'état crétacé. Le péricarde contient deux ou trois cuillerées de sérosité limpide et citrine. Pas d'altérations du cœur, son volume est normal, ses tuniques saines. Dilatation assez marquée de la courbure supérieure de la crosse de l'aorte.

Abdomen. — L'abdomen est ouvert en rabattant la paroi antérieure sur le pubis. Quelques adhérences sur les parties latérales, entre les anses de l'intestin grêle et le péritoine pariétal; le péritoine pariétal est d'une couleur bleu noirâtre foncé et épaissi. Cette même couleur se retrouve sur toute la demi-circonférence libre de l'intestin; quelques caillots de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, de 2 pouces carrés de surface à peu près, de formation récente, d'une couleur rouge foncée et peu consistante, se montrant couchés sur l'intestin dont il est facile de les séparer. L'intestin présente une coloration vive, générale, plus tranchée sur certains points, surtout à gauche. En relevant à

droite le paquet de l'intestin grêle, on aperçoit les circonvolutions les plus profondes du côté gauche colorées par du sang non encore coagulé. Les feuillets droit et gauche du mésentère ont, sur un fond coloré, des taches noirâtres irrégulières de peu d'étendue et de très peu d'épaisseur, que la pointe du scalpel détache très facilement ; les points sur lesquels reposaient ces petits caillots n'ont pas une coloration plus intense que les parties voisines. Des adhérences celluleuses relient entre elles les différentes circonvolutions de l'intestin ; le gros intestin est distendu ; le cæcum et l'appendice sont cachés assez profondément sous des caillots plus épais que ceux mentionnés plus haut ; l'S iliaque présente une disposition remarquable, nous aurons l'occasion d'y revenir.

La face supérieure de l'estomac est colorée par du sang en nappe ; le foie, très volumineux, n'offre pas de traces de péritonite ; le péritoine qui le recouvre et celui qui revêt la face inférieure du diaphragme ont gardé leur coloration normale. Pas de caillots sanguins entre les deux organes. La vésicule biliaire est très fortement distendue et sans calculs ; le tissu du foie, plus développé qu'à l'ordinaire, a une coloration gris jaunâtre, et présente une hypertrophie considérable de certaines granulations ; le réseau sanguin est très prononcé autour de ces granulations hypertrophiées. Ce tissu se déchire facilement ; la surface de la déchirure est granuleuse.

Rate, de 10 à 12 centimètres de hauteur ; son tissu est ramolli et congestionné.

Les reins offrent des altérations qui se lient étroitement à la présence de la tumeur, nous les signalerons dans un instant.

Quand l'intestin grêle a été déjeté à droite et un peu relevé, nous avons vu la cavité du petit bassin entièrement garnie par une tumeur dont la face supérieure remonte au-dessus de la symphyse en avant, et s'applique en arrière sur l'articulation sacro-vertébrale. La partie antérieure de la tumeur est constituée par le fond de l'utérus, un peu porté sur la gauche et obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite, de façon à pousser surtout sur la partie gauche de la vessie.

L'S iliaque, partie de la symphyse sacro-iliaque, s'étale en couronne sur le haut de la tumeur, et décrit une courbe à convexité antérieure qui se rapproche jusqu'à 3 centimètres du fond de l'utérus. L'extrémité droite de la courbe vient toucher au cæcum, et se dirige ensuite en bas, en arrière et un peu à gauche, de façon à reprendre, dans sa partie inférieure, en arrière de la tumeur, la position normale du rectum.

Le bord antérieur convexe de l'S iliaque est lié à l'utérus par des caillots sanguins récemment organisés qui recouvrent aussi sa face supérieure. Du bord postérieur concave part le feuillet supérieur du mésocôlon iliaque qui se continue sans interruption avec le feuillet droit du mésentère.

Dans l'impossibilité de poursuivre sur le cadavre la dissection de la tumeur, on se décide à l'enlever avec toutes les parties qui s'y rattachent. Section pratiquée sur les branches horizontales du pubis et ascendantes de l'ischion.

Le péritoine est incisé sur la grande circonférence du bassin; l'S iliaque coupée au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, et enlevée avec la tumeur dont l'énucléation se fait avec le doigt, sans aucune difficulté. Le bistouri est nécessaire seulement pour couper les uretères et les vaisseaux utéro-ovariens qui pénètrent avec eux dans le petit bassin. L'uretère du côté droit a 12 ou 13 millimètres de diamètre quand il s'applique contre la tumeur. L'artère utéro-ovarienne du même côté a 9 millimètres au même niveau ; du côté gauche 1 centimètre de diamètre pour l'uretère, 6 millimètres seulement pour l'artère utéro-ovarienne. La dilatation des uretères se continue jusqu'aux reins, qui tous les deux sont hypertrophiés. Celui du côté droit surtout a 13 ou 14 centimètres de long sur 6 centimètres de large. Le tissu des reins est d'un gris jaunâtre; la couleur jaune est due à une urine purulente renfermée dans les bassinets, surtout à droite. La pression fait sourdre de l'urine purulente de l'intérieur des calices.

Examen de la tumeur. — La tumeur reposant sur sa face inférieure, dans sa situation normale, offre les diamètres et dispositions que voici :

Face supérieure. — Diamètre antéro-postérieur en arrière de la symphyse, 14 centimètres. L'S iliaque passe entre le 6e et le 9e centimètre.

Diamètre transversal, dans la plus grande largeur, 12 centimètres.

L'utérus s'élève au-dessus de la symphyse de 2 centimètres et demi. La vessie, rétractée, est cachée entre l'utérus et la symphyse qui se touchent.

Nous avons mentionné le trajet de l'S iliaque sur cette face, et dit qu'elle était recouverte de caillots sanguins peu ou point organisés. La face inférieure de l'S iliaque est adhérente à la tumeur et s'en détache par une légère traction; les points d'adhérence offrent une coloration noirâtre, comme celle déjà mentionnée sur l'intestin et les parois.

Face inférieure. — Quand on a relevé l'S iliaque, le feuillet inférieur de son mésocôlon descend sur la face postéro-inférieure de la tumeur sans lui adhérer. Cette face présente 16 centimètres de diamètre antéro-postérieur sur 12 centimètres de diamètre transverse. Le feuillet péritonéal, arrivé au milieu de la hauteur de cette face, semblait se recourber et s'appliquer contre la moitié supérieure de la face postérieure de la tumeur, la recouvrir, ainsi que la face supérieure, et venir d'arrière en avant (MM. Nélaton et Laugier ont cru le constater eux-mêmes) s'unir au péritoine qui revêt la partie supérieure du fond de l'utérus. En arrière de la tumeur, le doigt s'engageait dans presque toute sa longueur dans un cul-de-sac très appréciable et résistant. Un second cul-de-sac, de 1 centimètre à peu près à gauche, et de 2 centimètres à droite, existait entre le bas-fond et l'utérus et la partie antérieure de la tumeur. Sur le milieu de ce cul-de-sac un caillot sanguin très fortement organisé unissait intimement l'utérus à la tumeur.

Quand les caillots les plus diffluents eurent été enlevés de la face supérieure de la tumeur, M. Nélaton fit sur elle une incision cruciale. La poche

ouverte laissa voir une tumeur sanguine mamelonnée, nuancée de diverses couleurs d'un rouge plus ou moins foncé. Le manche du bistouri est promené librement entre la poche et la tumeur, surtout sur le côté droit, où la tumeur est moins bien enkystée et plus diffluente. Le soulèvement du feuillet gauche antérieur fait faire hernie à la tête d'un fœtus dont on aperçoit le cordon couché d'avant en arrière, à gauche de la tumeur, où il semble s'insérer dans une rainure. On n'avait cru jusqu'alors qu'à une hématocèle rétro-utérine. La tumeur, au dire de M. Nélaton, en aurait présenté tous les caractères. La présence du fœtus décida à continuer plus attentivement la dissection, ce que je fis le jour même. Mon attention porta successivement sur les ligaments larges, la cavité utérine, la poche et son contenu.

Ligament large droit. — La distinction des ailerons est à peu près effacée. Incision transversale partant de l'angle supérieur droit de l'utérus. La dissection se fait en avant et en arrière, mais plus facilement en avant, au travers d'un tissu cellulaire feutré, dur, presque fibreux. A l'extrémité externe de l'incision se trouve l'artère utéro-ovarienne dont nous avons déjà signalé le calibre. Elle se divise bientôt en vaisseaux de deux ordres : les uns, de 5 millimètres de diamètre, vont se rendre à l'utérus; les autres, postérieurs au premier, de 7 à 8 millimètres de diamètre, vont se jeter dans la partie libre de l'ovaire.

L'ovaire a 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large ; aplati de haut en bas et d'avant en arrière, il touche par son bord antérieur les vaisseaux utérins, et est en rapport avec la trompe utérine par sa face postérieure et son bord supérieur. Le ligament de l'ovaire, ayant son attache à l'utérus, croise le canal de la trompe.

La trompe droite offre un pédicule plus gros que d'habitude, qui, après un trajet de 4 centimètres, se renfle en entonnoir ; la circonférence de l'entonnoir va s'attacher sur les parois de la tumeur sanguine, autant qu'il est possible d'en juger par l'examen extérieur. Le diamètre transversal au point d'attache est de 7 centimètres; l'évasement, en avant, a 6 à 7 centimètres d'élévation quand on soulève le pédicule de la trompe. Il est très facile d'apprécier dans son intérieur une cavité renfermant quelques petits corps assez mous. L'ouverture n'en sera faite que quand la poche aura été vidée de son contenu.

Ligament large gauche. — Beaucoup moins développé que le droit ; incision transversale de son feuillet péritonéal. Ce n'est qu'à grand'peine que je parviens à trouver à la partie postéro-inférieure le conduit de la trompe ; une constatation exacte de son trajet ne m'est possible que quand l'utérus a été ouvert par la partie antérieure. Un stylet très délié pénètre par l'ouverture de la trompe. D'abord, portée directement à gauche, elle se contourne ensuite au haut vers la face antérieure de la tumeur, où elle est aplatie par la pression des caillots sanguins, et du calibre d'une plume de corbeau. Elle a été coupée en ce point par une des incisions faites par M. Nélaton.

Ovaire. — Vers le point où la trompe quitte sa direction transversale pour devenir ascendante, se trouve un tissu aréolaire, fibreux, d'une dissection très difficile, que des prolongements manifestes unissent à l'utérus, et qui reçoit des vaisseaux assez considérables. Ces vaisseaux partent du tronc utéro-ovarien ; ce qui me porte à croire qu'il n'est autre que l'ovaire dégénéré et ayant perdu sa texture normale par suite de la compression exercée sur lui par la tumeur voisine. Les branches utérines peuvent être suivies jusqu'à l'utérus.

Utérus. — Sa face antérieure offre 5 centimètres de diamètre transverse sur 8 centimètres et demi verticaux, le col compris; le corps est donc plus grand qu'à l'état normal. Nous connaissons déjà l'état des lèvres du col. La cavité de l'organe a 7 centimètres et demi de hauteur sur 3 centimètres et demi de large, entre l'ouverture des trompes; *la muqueuse a complétement gardé son épaisseur, sa coloration, sa structure normales.* Les orifices des trompes sont dilatés, surtout du côté droit; la muqueuse ne présente ni coloration rouge, ni injection qui puisse expliquer les hémorrhagies successives observées du vivant de Millot. Les parois ont 11 ou 12 millimètres d'épaisseur, pas de vascularisation remarquable.

Caillots sanguins. — En prolongeant les branches de l'incision cruciale, faite par M. Nélaton, l'énucléation de la tumeur devient facile ; elle se composait de deux parties : le premier caillot placé en avant et à gauche, occupant la plus grande partie du sac, de date plus ancienne, ovoïde, du poids de 550 à 600 grammes, a un commencement de kyste ; il est formé de couches successives d'autant moins organisées qu'on se porte davantage à droite. Bien circonscrit au-dessus en arrière, en avant et à gauche, ce caillot n'a pas de paroi fixe à droite, où il est encore diffluent et s'unit au deuxième caillot qui, lui, est formé d'un sang visqueux, gluant, analogue à du résiné, et placé en arrière et à gauche. Cette dernière partie du contenu de la tumeur est enlevée avec les doigts, de façon à ne pas intéresser les parois, et pèse 350 grammes à peu près.

Le fœtus, placé en avant et à gauche, est aplati entre le premier caillot et la paroi de la tumeur, qui répond à la partie postérieure de la cavité cotyloïde gauche. Fixé au caillot par une épingle, il s'enlève facilement avec lui. L'aplatissement porte sur les parties latérales de la face, qui regarde en avant et la partie antérieure du tronc et des membres qui touchent au caillot sanguin. Allongé par la compression, il a 9 à 10 centimètres de long. La bouche, les yeux, le nez, sont parfaitement distincts, son âge peut être évalué à deux mois et demi ou trois mois, ce qui correspond exactement au temps d'arrêt des menstrues, 15 janvier. Le cordon, de 12 centimètres de long, descend verticalement le long du membre inférieur droit, et après avoir formé un nœud autour de l'extrémité inférieure de la jambe, remonte obliquement sur la face gauche de la tumeur, et s'enfonce entre la tumeur et une sorte

d'appendice pour s'attacher sur la face de cet appendice, qui touche à la tumeur. La face externe de cet appendice, examinée avec soin, présente de petits prolongements filamenteux et des rugosités qui la font reconnaître pour la portion du placenta autrefois adhérente à la mère. Sur ce point, où le cordon prend insertion, on le voit se diviser en trois ou quatre ramifications vasculaires. Sur ce point, il est possible d'isoler une fine membrane qui recouvre les cotylédons et se prolonge, d'un côté, sur le cordon lui-même, et de l'autre sur la face gauche du caillot au point où elle adhère à l'appendice.

Ces parties retirées de la poche, je puis voir que la partie interne de ses parois est formée de couches fibrineuses plus ou moins régulières et épaisses. Dans le point qui correspond à l'insertion de la trompe droite dilatée, les couches sont plus molles et se détachent facilement. Dans ce même point existe une ouverture de 1 centimètre et demi de diamètre, à peu près irrégulièrement arrondie et bordée sur presque tous ses points par une fine membrane; cette ouverture permet d'insuffler la trompe qui se dilate de façon à acquérir le volume d'un œuf de dinde, et prend une forme bilobée. La trompe est alors incisée par la partie externe, et je trouve dans son intérieur deux ou trois caillots sanguins très ramollis, qui expliquent parfaitement le mécanisme de l'hémorrhagie. La partie interne de la trompe est tapissée d'une fine membrane continue avec celle qui borde l'ouverture; cette membrane, d'une coloration rouge très vive, est plissée dans toute son étendue, de façon à ce que ces plis convergent tous vers le point de communication de la trompe et du foyer hémorrhagique.

Il ne restait à déterminer qu'un point douteux encore, à savoir, si la tumeur sanguine et le fœtus étaient sous le péritoine, ou dans l'intérieur même de cette membrane. A la vue du fœtus, M. Nélaton avait été amené à considérer comme erronée sa première opinion que la tumeur était sous-péritonéale. Le peu de résistance des parois supérieure et latérale, malgré l'aspect lisse offert par les membranes qui les formaient, m'avait conduit à la même induction; la poche ouverte et débarrassée de son contenu, j'ai pu me convaincre de la vérité en disséquant la paroi inférieure dans une ligne antéro-postérieure entre le rectum et la symphyse. J'ai vu alors le feuillet inférieur du méso-côlon iliaque se continuer au-dessous de la paroi inférieure de la tumeur, et se continuer avec la face postérieure de l'utérus et le péritoine qui la revêt.

Nous croyons devoir justifier l'interprétation que nous avons donnée à cette observation, parce qu'elle est toute différente de celle qu'elle a d'abord reçue. Pour cela nous nous appuyons sur deux points principaux : l'absence de toute rupture de la trompe démon-

trée par l'autopsie, et l'existence d'une hémorrhagie dans un kyste fœtal tubo-abdominal, qui nous paraît démontrée : par l'aspect lisse et poli de la membrane qui enveloppait les caillots sanguins et le fœtus ; par la présence du cordon ombilical, qui avait encore son insertion à une sorte d'appendice se continuant avec la fine membrane qui enveloppait les caillots sanguins ; enfin, par la conservation du cul-de-sac péritonéal recto-utérin, qui formait au-dessous, à gauche et à droite de la tumeur, des culs-de-sac admettant le doigt tout entier et assez libres de toute adhérence pour que M. Gaube ait pu disséquer le feuillet péritonéal et le suivre jusqu'à la face postérieure de l'utérus. La grossesse nous a paru appartenir à la variété tubo-abdominale, à cause de la dilatation de la trompe droite, de la présence de cette fine membrane constituant le kyste, dont la rupture avait fait communiquer l'intérieur du foyer sanguin avec la trompe, enfin à cause du développement de ce kyste mince et résistant, qui n'avait contracté avec les anses intestinales que des adhérences assez faibles pour céder à une simple traction.

Je n'ai pu, d'après les détails de l'autopsie, savoir s'il y avait eu une rupture du kyste, qui n'est nulle part indiquée, ni par conséquent déterminer à quelle source on devait attribuer cette hémorrhagie interne qui, survenue le matin même de la mort, a permis de voir à l'autopsie une couche de sang en nappe sur la face supérieure de l'estomac, et des caillots peu consistants couchés sur l'intestin.

Malgré ce doute sur le point de départ de l'hémorrhagie qui a amené la terminaison funeste, j'ai dû rapprocher ce fait de ceux de MM. Nonat, Gallard et Pize (1), parce que ces faits présentent

---

(1) Peut-être aurions-nous dû également en rapprocher l'observation suivante, dont les brefs détails permettent de supposer que la rupture du kyste avait été précédée huit jours auparavant d'une hémorrhagie intra-kystique, mais cette hypothèse n'étant appuyée que sur une symptomatologie très écourtée, nous nous sommes contenté de mettre ce fait en note, pour que le lecteur puisse juger par lui-même cette observation que nous transcrivons textuellement telle qu'elle est rapportée par Vieussens (*Histoire des maladies internes*, Toulouse, 1775, t. III, p. 17).

Observation de M. Montagner, agrégé au collége de médecine de Marseille, sur la formation extraordinaire d'un fœtus.

Une femme de trente ans, d'un tempérament sec et mélancolique, mariée depuis trente mois, accoucha heureusement d'une fille au commencement du mois de février de l'année 1697 ; un mois après son accouchement le flux de ses lochies n'étant pas tout à fait fini, elle sortit de la maison, et le jour même de sa première sortie, elle fut saisie de

sous le rapport de l'anatomie pathologique, comme au point de vue de la symptomatologie une très parfaite ressemblance, et au contraire diffèrent complétement de ceux que nous avons vus dans l'étude des ruptures de la trompe ou du kyste fœtal. J'ai cru devoir les étudier ensemble, avec d'autant plus de soin, que leur examen pourra nous amener à un diagnostic qui, bien que très difficile, permettra peut-être de distinguer ces cas des hématocèles avec lesquelles ils ont été jusqu'ici confondus.

Je ne saurais insister sur les signes rationnels du début de la grossesse, puisque toutes les observations sont muettes à cet égard ; on

---

quelques frissons. Deux jours après elle fut travaillée d'une fièvre continue, avec oppression de poitrine, et d'une tumeur dans la mamelle gauche, causée par du lait trop longtemps retenu dans son tissu. La fièvre de cette malade dura vingt jours, et la tumeur de la mamelle ne disparut qu'après une longue suppuration ; de sorte qu'elle ne fut en état de vaquer à ses affaires domestiques qu'au commencement du mois de juin ; elle ne laissa pas cependant de devenir grosse, sans entrer pourtant dans aucun soupçon de grossesse, parce qu'elle avait de temps en temps une perte de sang qui ne diminuait pas beaucoup ses forces ; huit jours avant de mourir, elle fut saisie d'une défaillance de cœur ; de sorte que son visage parut d'abord cadavéreux ; à peine son pouls se faisait sentir. Ces accidents furent bientôt suivis d'une sueur froide ; elle ne laissa pas d'en être délivrée environ les deux heures après midi par mes remèdes. La malade reprit son train de vie, sans aucune indisposition apparente jusqu'au jour de sa mort ; et parce que je craignais le retour de ces accidents, je la purgeai avec un succès fort heureux ; après elle prit les eaux de Magne, le matin à jeun ; le 26 juillet, elle fut saisie sur les cinq heures du soir, d'un vomissement et d'une nouvelle défaillance de cœur, elle en fut soulagée par des remèdes cordiaux ; les extrémités de son corps devinrent froides comme la glace, elle ne se plaignait que d'une langueur extrême et de quelques douleurs d'entrailles ; cinq heures après elle mourut.

Des symptômes si surprenants me portèrent à demander l'ouverture du cadavre à dessein d'en rechercher les causes, elle fut faite le lendemain de la mort par M. Montgenot, très habile chirurgien de Lambesc. Nous croyions trouver un polype dans la cavité du cœur, et même quelque sang épaissi et retenu dans le poumon ; nous y fûmes trompés ; il n'y avait aucune altération sensible dans ces parties ; le bas-ventre ayant été ouvert, sa cavité nous parut remplie de sang en partie caillé et en partie fluide ; à mesure que M. Montgenot l'en retirait à pleines mains, nous découvrîmes un fœtus de deux mois ou environ parfaitement bien formé, avec la plus grande partie du cordon attachée à l'ombilic et longue de quatre travers de doigt.

Après avoir reconnu l'état du foie, de l'estomac, du mésentère et des reins, nous séparâmes la matrice avec ses ligaments et le vagin des autres parties de son voisinage, et nous la mîmes sur une table ; en examinant ce viscère avec beaucoup d'attention, nous trouvâmes qu'il n'y avait aucun changement dans sa grosseur naturelle, ni dans sa figure, ni dans la tissure de sa propre substance ; nous observâmes seulement que l'orifice de son col était un peu relaché, et qu'il cachait au-dedans quelque humeur blanchâtre, visqueuse et entremêlée de quelques grumeaux de sang qui étaient collés à la surface externe de sa cavité.

n'en saurait toutefois conclure à leur non-existence, puisqu'il ne paraît pas qu'on les ait recherchés, et qu'ils existaient dans les observations analogues que nous avons rapportées. Nous devons seulement insister sur le retard dans l'apparition des règles, retard qui a varié de trois à sept jours, et a été assez remarqué pour que l'une des malades, voyant survenir une perte, ait pensé qu'elle avait dû faire une fausse couche. Encore, pour être juste, aurions-nous dû dire suppression et non retard de la menstruation, car on ne saurait donner le nom de règles à ces métrorrhagies, si communes dans les grossesses extra-utérines, dont les caractères n'auraient pas dû permettre de les confondre avec le flux menstruel. Ces pertes, en effet, ont été continues, avec des alternatives de diminution ou d'augmentation, ne s'accompagnant que peu ou pas de douleurs lorsque la perte de sang est peu abondante, amenant au contraire, lorsque la perte est plus considérable, de vives douleurs que les malades comparent plus ou moins exactement à des douleurs d'accouchement ; enfin elles ne présentaient aucune périodicité.

De plus, il existe une douleur fixe, plus ou moins vive, au point où siége la grossesse, et là on constate, quand la malade a pu être examinée pendant cette période de la maladie, une tuméfaction, soit placée complétement en dehors de l'utérus (1), soit adjacente à cet organe (2).

C'est ordinairement lorsque la perte a diminué d'intensité, ou quelquefois au moment même où elle s'arrête complétement, que surviennent de vives douleurs dans le bas-ventre, le plus souvent tout à fait localisées, et assez vives pour obliger la malade à prendre le lit, si la métrorrhagie ne l'y a pas encore contrainte ; mais dans aucun cas ces douleurs ne sont excessives, déchirantes, et elles ne s'accompagnent ni de syncopes, ni de lipothymies, fait d'autant plus remarquable que nous avons signalé la constance de ces symptômes dans les ruptures, soit du kyste, soit de la trompe. C'est seulement alors que la tumeur s'accroît et devient plus volumineuse en s'étendant ordinairement plus d'un côté que de l'autre, quelquefois même n'occupant au début qu'un seul côté. Cette tumeur acquiert son volume tantôt rapidement et d'une seule

(1) Voir obs. II, p. 516.
(2) Voir obs. XIV, p. 556.

fois (1), tantôt par poussées successives (2) ; et ce n'est que lorsqu'elle présente un volume déjà assez considérable que l'on peut constater la pâleur, l'altération des traits et la fréquence du pouls.

C'est plus tard encore, et toujours postérieurement à la formation de la tumeur, deux jours après dans l'observation de M. Aran, six jours après qu'on eut constaté son existence et seulement consécutivement à l'injection d'eau dans la tumeur, dans l'observation de M. Gallard, que surviennent les phénomènes caractéristiques d'une péritonite, soit générale, soit locale. L'époque de l'apparition de ces symptômes, tels que le ballonnement du ventre, la dyspnée, la petitesse et la fréquence du pouls, les vomissements, la sensibilité abdominale, est d'autant plus importante à noter, qu'ils ne se montrent que postérieurement à l'existence de la tumeur, tandis qu'ils précèdent constamment sa formation soit dans les hématocèles intra-péritonéales, soit dans les pelvi-péritonites.

Quelque graves qu'ils soient, ces symptômes peuvent encore s'amender, comme dans l'observation de M. Aran ; et on concevrait même la possibilité d'une guérison, bien que je n'en puisse pas citer d'exemple. Du reste j'insisterai fort peu sur la terminaison de cette affection, puisque dans tous ces cas elle a amené la mort, mais suivant des modes très différents. Dans l'un, en effet, l'issue fatale a été déterminée par la rupture du kyste, et une péritonite généralisée, causée par une injection pratiquée dans la tumeur ; dans deux autres, elle a été déterminée par une hémorrhagie intra-péritonéale, produite par une rupture de l'ovaire, dans l'un des cas, provenant d'une source inconnue dans l'autre ; dans la quatrième observation enfin, la rupture du kyste fœtal causée sans nul doute par une dernière hémorrhagie, a causé une péritonite générale, et par suite la mort.

Nous avons négligé jusqu'à présent l'étude des signes physiques fournis par le palper abdominal et le toucher, qui permettent cependant d'apprécier le volume, la consistance et la situation de la tumeur ; mais ces renseignements n'ont pas une aussi grande valeur qu'on serait disposé à leur en accorder, parce qu'ils diffèrent beaucoup, suivant le siége du kyste fœtal. Ainsi, chez la malade de

(1) Voir obs. XII, p. 547.
(2) Voir obs. XIV, p. 556.

M. Aran, les signes physiques perçus par le toucher, assez peu nettement indiqués d'ailleurs, montrent une tumeur d'abord latérale, qui s'étend à droite en formant une sorte de plancher dans le bassin, et augmente de volume par poussées successives. Dans le fait de M. Gallard, au contraire, on a constaté, avant tout accident péritonéal, que la tumeur avait dédoublé la cloison recto-vaginale, s'étendait très près du périnée, et avait repoussé le col de l'utérus en haut et en avant, derrière le pubis. Évidemment ce n'est pas là la forme ordinaire des hématocèles péri-utérines, mais dans le premier de ces deux cas les seuls caractères physiques n'eussent pu suffire à poser un diagnostic ; dans le second, au contraire, ils suffisaient pour montrer que la tumeur était sous-péritonéale, et ce seul caractère suffirait à mettre sur la voie du diagnostic, puisque nous avons déjà vu que les faits de tumeurs sanguines sous-péritonéales, auxquelles, à tort ou à raison, on a donné le nom d'hématocèle, se rapportent à des cas de grossesse, soit normale, soit extra-utérine.

Parmi les signes physiques je noterai seulement, mais sans y attacher une très grande importance, parce que cette constatation est toujours difficile, et quelquefois même impossible, que dans tous les cas de grossesse extra-utérine, l'utérus était notablement plus volumineux que dans l'état normal.

Mais si ni la forme de la tumeur, ni ses signes physiques ne peuvent être considérés comme pathognomoniques, il faut toutefois reconnaître que ces tumeurs diffèrent notablement des hématocèles, par la préexistence des symptômes propres à la grossesse, la métrorrhagie antécédente, puis la lenteur du début, le peu de gravité des symptômes initiaux, et surtout par l'existence d'une tumeur volumineuse avant l'apparition des symptômes de péritonite. Enfin, l'absence de syncope, la lenteur de la marche de la maladie, l'absence de signes d'hémorrhagie interne considérable peuvent faire distinguer ces cas des autres terminaisons des grossesses extra-utérines.

Diagnostic. — Le diagnostic des grossesses extra-utérines a été généralement regardé comme presque impossible pendant les premiers mois de la gestation ; je crois au contraire que l'étude attentive des diverses observations nous amènera à pouvoir poser les bases de ce diagnostic. Nous trouvons en effet chez nos malades un ensemble de signes, dont aucun pris en particulier n'est pathognomonique, mais dont la réunion ne peut guère laisser de doute. Ce

diagnostic a pour éléments tous les signes rationnels de la grossesse, et surtout la suppression des règles, l'existence de métrorrhagies ordinairement de longue durée, l'augmentation de volume de l'utérus, enfin la présence d'une tumeur péri-utérine. Certes l'ensemble de ces deux ordres de symptômes doit faire au moins soupçonner l'existence d'une grossesse extra-utérine ; cette suspicion deviendra même une certitude lorsqu'à la suite de ces symptômes on verra survenir les accidents de rupture et d'hémorrhagie interne que nous avons signalés. Aussi devons-nous insister tout spécialement sur les phénomènes précurseurs de ces hémorrhagies, qui seuls peuvent permettre d'en porter un diagnostic précis.

Nous devons d'abord faire remarquer que presque toutes les malades dont nous avons cité les observations, se croyaient enceintes, quelquefois même malgré l'avis des médecins (1) ; et on ne saurait dénier quelque valeur à cette croyance, si l'on remarque que presque toutes avaient déjà eu plusieurs enfants. Cette croyance des malades est si générale, que nous n'en trouvons que quatre qui n'aient pas soupçonné ou plutôt n'aient point déclaré leur état de grossesse (2).

Toutes ces malades, deux exceptées, avaient eu leurs règles supprimées, et la présence seule des métrorrhagies avait pu faire croire à un simple retard de la menstruation, parce qu'on n'avait pas tenu compte des caractères très différents qui les distinguent des règles, et surtout de leur défaut de périodicité, signe distinctif sur lequel madame Lachapelle insiste avec raison. Deux de nos malades (3) seulement, avons-nous dit, n'ont pas présenté cette suppression des règles qui, survenant au milieu d'une bonne santé chez une femme habituellement bien réglée, doit toujours faire soupçonner une grossesse ; mais cette exception s'explique facilement, puisque chez toutes deux la rupture soit du kyste soit des veines ovariennes est survenue la quatrième ou la cinquième semaine après la conception. Encore faut-il noter que ces deux femmes avaient depuis le début de leur grossesse une métrorrhagie, dont la valeur diagnostique doit être prise en grande considération ; ces pertes ont toujours été regar-

(1) Voyez obs. VI, p. 531.

(2) Nous n'avons pas cru devoir comprendre dans ce chiffre les deux malades des obs. X et XIII qui n'ont pu donner aucun renseignement.

(3) Voyez obs. II et obs. XII, p. 547.

dées, et avec raison, comme un des accidents les plus habituels des grossesses extra-utérines ; dans nos observations les métrorrhagies ont été si fréquentes, qu'elles pourraient presque être considérées comme constantes, puisque dans six observations seulement elles n'ont pas été notées. Leur longue durée, l'existence de redoublements variables mais non périodiques, le peu d'influence que paraissent exercer sur elles soit le repos, soit le traitement employé, enfin l'absence de ces phénomènes nerveux qui accompagnent régulièrement la menstruation, et la présence de douleurs qui s'accroissent en même temps que l'abondance de l'écoulement sanguin, ne doivent pas permettre de les confondre avec les règles.

Je ne crois pas devoir insister sur les signes rationnels bien connus qui avaient fait admettre à nos malades l'existence d'une grossesse, je dois cependant faire remarquer que dans quelques cas tous les signes rationnels se sont trouvés réunis. Dans ceux même où la gestation n'a pas été soupçonnée et où le médecin a négligé de rechercher l'existence des principaux symptômes, tels que l'état des seins, les troubles digestifs, etc., on a cependant noté soit des nausées et des vomissements de matières filantes et incolores (1), soit un état valétudinaire (2) ou des douleurs de reins (3).

Outre ces signes rationnels existe une augmentation de volume de l'utérus, que l'on a constatée sans exception, soit pendant la vie, soit à l'autopsie. Ce signe, à la vérité, pourrait faire croire, surtout à une époque aussi rapprochée du début de la conception, à une grossesse normale, si en même temps on ne signalait l'existence d'une tumeur soit annexée, soit même adhérente à l'utérus, et qui le plus souvent a, par son développement, plus ou moins éloigné la matrice de sa direction normale. L'existence de cette tumeur est un fait si palpable pour un observateur exercé, qu'elle avait pu être constatée, même dans l'observation de M. Siredey (4), dans laquelle la grossesse ne datait que d'un mois à peine. Dans ce cas la constatation d'une tumeur située en arrière de l'utérus, adhérente à cet organe, bien que séparée de lui par un sillon, perdait notablement de sa valeur diagnostique, puisque la malade était à peine guérie

(1) Voyez obs. XII, p. 547.
(2) Voyez obs. I, p. 513.
(3) Voyez obs. XIV, p. 556.
(4) Voyez obs. X, p. 538.

d'une péri-pelvi-péritonite, qui aurait pu donner une sensation analogue. Mais ce signe qui, pris isolément, n'avait pour ce cas particulier qu'une valeur médiocre, en acquérait une bien différente, si on le rapprochait des autres signes rationnels, et surtout de la coexistence d'une métrorrhagie survenue depuis près d'un mois chez cette femme qui, soit antérieurement, soit pendant le cours de sa péritonite pelvienne, n'en avait jamais présenté.

Je n'aurais pas insisté aussi longuement sur cet exemple, si la constatation d'une tumeur extra ou péri-utérine, avant tout symtôme d'hémorrhagie interne, n'était un fait capital au point de vue du diagnostic, le seul même qui nous permette de distinguer les hématocèles de ce genre de ceux qui surviennent dans le cours d'une grossesse normale. Heureusement ce signe précieux n'est pas dans la pratique absolument nécessaire, nous avons vu que c'était ordinairement dans les premiers mois surtout du deuxième au quatrième, que les hémorrhagies internes se produisaient dans les grossesses extra-utérines; c'est au contraire soit au moment de l'accouchement, soit pendant les derniers mois que sont survenus les rares exemples d'hématocèles pendant une grossesse normale, par conséquent à une époque où la constatation de la grossesse ne présente plus de difficultés.

Nous devions d'autant plus attirer l'attention sur la valeur diagnostique de l'époque d'apparition de ces accidents que leurs causes ne peuvent que rarement les faire soupçonner; nous avons vu en effet que dans la grande majorité des cas, ces ruptures paraissent spontanées. D'ailleurs les seules causes dont l'action a été bien évidente, telles que les coups sur l'abdomen, les chutes, les grandes fatigues, ou les excès vénériens se retrouvent aussi bien dans l'étiologie soit des autres variétés d'hématocèle, soit des pelvi-péritonites, seules affections que l'on puisse ou plutôt que l'on ait confondues avec celles qui nous occupent, et par conséquent ce renseignement ne peut avoir une grande importance pour le diagnostic. Nous devons toutefois remarquer que, à l'exception de deux observations, nous n'avons vu chez aucune autre malade le début des accidents coïncider avec l'époque menstruelle, date si ordinaire dans les hématocèles qui s'observent dans l'état de vacuité, ou dans les pelvi-péritonites, de quelque nature qu'elles soient. Les deux exceptions que nous avons signalées ont d'autant moins de valeur que dans

l'une (1), la rupture est survenue sous l'influence d'excès de coït, et dans l'autre (2) l'hémorrhagie intra-péritonéale a été déterminée par la rupture de l'ovaire et non par celle du kyste fœtal. Il faut de plus remarquer que, toujours à l'exception de ce dernier cas, chez les malades qui présentaient des métrorrhagies que bien à tort on eût considérées comme des règles, c'est seulement lorsque l'écoulement sanguin a diminué d'abondance et plus souvent encore lorsqu'il a complétement cessé, que surviennent les accidents que nous devons maintenant étudier.

Le seul symptôme précurseur de la rupture est la douleur; beaucoup plus vive que les souffrances mal définies que les femmes ont en général ressenties en un point fixe depuis le début de leur grossesse, cette douleur occupe ordinairement le même siége. Précédée ou accompagnée de maux de reins, elle est comparée tantôt à une barre, tantôt à des coliques ou à des douleurs d'accouchement; en un mot elle n'a pas de caractère spécial, mais elle est toujours horrible, atroce. Tantôt elle semble précéder d'une ou de plusieurs heures la rupture du kyste fœtal, mais le plus souvent elle semble indiquer le moment où s'opère la solution de continuité et s'accompagne alors d'un accident qui paraît constant, quel que soit le siége de la rupture : veine, trompe ou kyste fœtal; nous voulons parler de la syncope.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de ce phénomène, que l'on doive l'attribuer à l'acuité de la douleur causée par la rupture, ou à la rapidité extrême avec laquelle se produit cette énorme perte de sang, cette syncope se rencontre dans tous les cas de rupture, qu'il s'agisse de rupture soit de kyste fœtal, soit de varices tubo-ovariennes, ou de la trompe, aussi bien dans l'état de grossesse normale ou anormale que dans l'état de vacuité. Cette syncope est quelquefois unique, mais le plus souvent elle est répétée, effrayante, souvent très prolongée, entremêlée de défaillance, de lipothymie; elle est le premier des accidents qui annoncent d'une manière certaine une hémorrhagie interne, tels que la petitesse et la fréquence du pouls, la décoloration du visage, le refroidissement, quelquefois même les convulsions qui surviennent à la fin de la vie. Mais ces derniers acci-

(1) Voyez obs. X, p. 538.
(2) Voyez obs. II, p. 516.

d'une péri-pelvi-péritonite, qui aurait pu donn
logue. Mais ce signe qui, pris isolément, n'av
culier qu'une valeur médiocre, en acquérait u
on le rapprochait des autres signes rationn
coexistence d'une métrorrhagie survenue depu
cette femme qui, soit antérieurement, soit pe
péritonite pelvienne, n'en avait jamais présent

Je n'aurais pas insisté aussi longuement su
constatation d'une tumeur extra ou péri-utér
tôme d'hémorrhagie interne, n'était un fait
vue du diagnostic, le seul même qui nous p
les hématocèles de ce genre de ceux qui
cours d'une grossesse normale. Heureusemen
n'est pas dans la pratique absolument nécess
que c'était ordinairement dans les premier
deuxième au quatrième, que les hémorrhagie
saient dans les grossesses extra-utérines; c'est a
moment de l'accouchement, soit pendant les der
survenus les rares exemples d'hématocèles pen
normale, par conséquent à une époque où la c
grossesse ne présente plus de difficultés.

Nous devions d'autant plus attirer l'attention sur la
tique de l'époque d'apparition de ces accidents que l
peuvent que rarement les faire soupçonner; nous avo
que dans la grande majorité des cas, ces ruptures par
tanées. D'ailleurs les seules causes dont l'action a été b
telles que les coups sur l'abdomen, les chutes, les grand
ou les excès vénériens se retrouvent aussi bien dans l'é
des autres variétés d'hématocèle, soit des pelvi-périto
affections que l'on puisse ou plutôt que l'on ait confo
celles qui nous occupent, et par conséquent ce renseig
peut avoir une grande importance pour le diagnostic. N
toutefois remarquer que, à l'exception de deux observa
n'avons vu chez aucune autre malade le début des acci
cider avec l'époque menstruelle, date si ordinaire dans
tocèles qui s'observent dans l'état de vacuité, ou dans
péritonites, de quelque nature qu'elles soient. Les deux
que nous avons signalées ont d'autant moins de valeu

dents ne peuvent indiquer qu'une hémorrhagie interne plus ou moins considérable, tandis que la syncope fournit des indications diagnostiques d'une tout autre importance. Elle manque en effet dans les hématocèles survenant dans l'état de vacuité, toutes les fois qu'ils ne reconnaissent pas pour cause une rupture soit des varices ovariennes, de la trompe ou de l'ovaire; elle permet donc très nettement de différencier ceux que nous étudions des hématocèles de la variété métrorrhagique, qui, par la présence dans les deux cas d'hémorrhagies utérines antécédentes ou concomitantes, pourraient facilement être confondues. Elle manque également le plus souvent dans les hématocèles par vice d'excrétion menstruelle, mais ceux-ci ne pourraient donner qu'assez difficilement lieu à une confusion; car si d'une part l'absence de l'évacuation du flux menstruel, si quelques troubles gastriques pouvaient inspirer quelques soupçons de grossesse, d'autre part l'absence de tout écoulement sanguin devrait suffisamment les différencier des hématocèles, symptomatiques de grossesses extra-utérines qui occasionnent presque constamment de longues métrorrhagies. Il existe d'ailleurs bien d'autres caractères différentiels entre ces deux espèces; ainsi l'anémie à peine marquée dans la première est au contraire excessive dans la seconde, les accidents péritonéaux très violents dans les hématocèles par vice d'excrétion sont également par opposition moins marqués, quelquefois même ils n'ont pas le temps de se manifester dans la seconde, comme nous le verrons tout à l'heure.

Enfin la syncope nous servira encore à distinguer les ruptures des kystes fœtaux, des hémorrhagies intra-kystiques dans lesquelles l'hémorrhagie plus lentement produite n'amène ni ces syncopes, ni même ces défaillances, et ne produit que beaucoup plus lentement la paleur et la décoloration de la face. Nous trouvons même dans l'observation de M. Gallard la preuve, pour ainsi dire expérimentale, de la valeur de ce caractère différentiel, puisque c'est seulement au moment où l'injection d'eau dans le kyste a déterminé sa rupture presque sans causer de nouvelle hémorrhagie, que survient une lipothymie; ce fait semblerait presque indiquer que dans ces cas la syncope dépend au moins autant des phénomènes de la rupture même que de l'abondance ou de la rapidité de la perte de sang.

J'insisterai bien moins longuement sur la valeur diagnostique des signes de péritonite, parce qu'ils ne se montrent que dans les

cas relativement assez rares où la mort ne survient pas très rapidement. Toutefois il est digne de remarque que dans les cas où la mort est moins rapide, les accidents péritonéaux sont beaucoup moins intenses qu'on ne pourrait le croire au premier abord, et la présence du sang dans le péritoine est loin de susciter ces accidents formidables que produit l'épanchement du liquide des kystes hydatiques, du pus, ou du sang altéré lui-même suivant la juste remarque de M. le professeur Trousseau. Ces accidents d'ailleurs ne sont nullement différents de ceux que l'on observe soit dans les autres espèces d'hématocèles, soit dans les pelvi-péritonites et ne peuvent servir à leur diagnostic qu'en tenant grand compte de l'époque de leur apparition.

En effet, dans les cas rares où la vie se prolonge assez pour permettre aux accidents inflammatoires de se développer, l'épanchement sanguin s'enkyste alors et forme une tumeur, qui, soit qu'elle ne contienne que du sang, ou qu'elle renferme le sang et le fœtus lui-même, peut encore être une nouvelle source d'erreur. Cette tumeur, en effet, par son siége, sa forme, ses caractères physiques, ne diffère pas de celle formée par l'hématocèle simple et pourrait être confondue avec lui, si l'on ne tenait un compte suffisant des antécédents et de la marche de la maladie. Il faut alors se souvenir que dans ce cas cette tumeur est toujours consécutive aux accidents péritonéaux. Elle ne se forme, comme le prouve si nettement l'observation de M. Siredey (1), que lorsque des adhérences péritonéales ont formé autour du caillot une sorte de kyste, et lui ont fourni une enveloppe résistante, sans laquelle l'épanchement de sang le plus considérable ne saurait donner au toucher la sensation d'une tumeur, quelque soin que l'observateur, même prévenu comme il l'était dans ce fait, puisse apporter à sa recherche. Ce caractère spécial de l'épanchement sanguin, de ne former une tumeur sensible que postérieurement aux accidents péritonéaux, est commun aux hématocèles des autres variétés et aux pelvi-péritonites; mais il manque complétement dans les hémorrhagies intra-kystiques, puisque dans ces faits, au contraire, l'accroissement de la tumeur précède souvent de plusieurs jours le développement de la péritonite; aussi permet-il de les distinguer de ceux que nous étudions en ce moment.

(1) Voyez obs. X, p. 538.

Dans quelques cas la sensation d'une tumeur pourrait donner lieu à une erreur inverse, et faire attribuer à une hématocèle suite de rupture d'une grossesse extra-utérine, la tumeur formée par le kyste fœtal lui-même. Cette erreur serait surtout possible dans le cas où le kyste fœtal par sa position entre l'utérus et le rectum, par la compression qu'il exerce sur cet intestin et la vessie, détermine un certain nombre de symptômes propres aux hématocèles, comme dans l'exemple suivant.

OBSERVATION XV (1). — *Métrorrhagie durant trois mois. — Douleurs dans le bas-ventre; difficulté de la miction et de la défécation; vomissement continuel, apyrexie. — Tumeur hypogastrique volumineuse comprimant le rectum et douloureuse au palper.— Le lendemain fièvre, pâleur, sueurs froides, mouvements convulsifs, mort.— Autopsie.— Hémorrhagie intra-péritonéale; grossesse extra-utérine constituant la tumeur entre l'utérus et le rectum.*

La femme d'un bourgeois de cette ville, que je ne nomme pas, âgée de trente-neuf ans, et d'une très bonne constitution, après une perte de trois mois, est tombée malade le 29 octobre 1712 : elle se plaignait d'une grande douleur au bas-ventre, surtout à la région hypogastrique, ne pouvant aller à la selle, ni uriner ; cette douleur était accompagnée d'un vomissement continuel et de pesanteur de tout le corps, le tout sans fièvre.

Les médecins lui ordonnèrent un lavement, qu'elle ne put rendre ; le soir on lui en ordonna un autre, qu'elle rendit sans matières ; le lendemain on lui ordonna un purgatif, qu'elle vomit aussitôt sans aller à la selle. Sur le soir je fus appelé pour la voir, je lui tâtai le pouls, je la trouvai sans fièvre ; en examinant le bas-ventre, je sentis une grosse tumeur à la région hypogastrique. Cette tumeur n'était point dure, cependant la malade sentait de grandes douleurs quand je la pressais avec les doigts. Je lui ordonnai un lavement fait avec une chopine d'urine et deux onces de bénédicte laxative ; un quart d'heure après elle fut à la selle ; les matières étaient noirâtres et si puantes, qu'elles infectaient toute la chambre ; elle me dit qu'elle avait un peu uriné. J'eus de la peine à lui faire prendre un lavement, parce qu'on ne pouvait la remuer ni d'un côté ni de l'autre, à raison des douleurs qu'elle sentait ; je lui fis une embrocation sur tout le bas-ventre, et lui ordonnai une potion cordiale, qu'elle prenait d'heure en heure, à cause de son vomissement ; je voulais la saigner, mais son mari et ses parents s'y opposèrent.

Le lendemain, troisième jour de sa maladie, elle avait beaucoup de fièvre, le

(1) Duverney, *Œuvres anatomiques*, t. II, p. 357 et suiv.

pouls convulsif, le visage pâle et les yeux abattus, avec des sueurs froides de temps en temps, ce qui me fit conjecturer qu'il y avait un enfant mort dans la matrice, ou du sang corrompu qui pouvait être resté de la perte qu'elle avait eue ci-devant. Je fis appeler le médecin qui l'avait traitée tant pendant sa perte qu'au commencement de sa maladie ; je lui dis qu'il serait à propos de la visiter ; j'introduisis le doigt indice jusqu'à l'orifice de la matrice, je ne trouvai aucune marque de grossesse ; je lui demandai si elle ne croyait pas être grosse, elle me dit que non. Cependant les accidents continuaient toujours ; on lui ordonna un sirop fait avec l'hysope, la sabine et la rue, pour lui faire prendre d'heure à autre ; sur le soir ces accidents augmentèrent avec de petits mouvements convulsifs ; je lui fis donner un lavement, mais elle le rendait à mesure qu'elle le recevait ; enfin elle mourut à minuit, le quatrième jour de sa maladie.

Je demandai à l'ouvrir, ce qui me fut accordé. Sitôt que j'eus incisé les téguments et les muscles, je trouvai une couche de sang sur toute la région hypogastrique. Je crus d'abord qu'il fallait qu'elle fût tombée sur le ventre, ou qu'elle eût reçu quelques coups ; je puisai le sang et je découvris une grosse tumeur qui occupait presque tout l'hypogastre. Cette tumeur obéissait quand je la pressais, son enveloppe était noirâtre et liquide ; je la déchirai doucement avec les doigts et sans beaucoup de peine ; sitôt qu'elle fut déchirée, il sortit des eaux roussâtres en abondance. J'introduisis la main dans la cavité de cette tumeur, où je trouvai un enfant fort gros, dont je fus très surpris ; c'est pourquoi, avant de détacher le fœtus, je puisai bien le sang et les eaux avec des linges, pour voir la situation de l'enfant : il était beaucoup plus du côté gauche que du côté droit, entortillé de son cordon ; le placenta était fortement attaché à la membrane du côté gauche ; je visitai la matrice, qui était dans son état naturel, et de la grosseur qu'elle doit être à une femme qui a fait des enfants ; elle était couchée sur ladite tumeur. J'ouvris la matrice à sa partie supérieure, et je n'y trouvai que quelques gouttes de sang figé qui y étaient restées de sa perte.

La vessie n'avait aucune goutte d'urine, je découvris les reins qui étaient fort enflammés et pleins d'hydatides dans leurs parties externes ; les uretères étaient fort gonflés à l'endroit où ils commencent et auprès de la vessie ; je conjecturai que cela venait de la compression de la tumeur qui portait sur les uretères et empêchait le cours de l'urine ; c'est pourquoi elle n'urinait pas : les intestins étaient remplis de matière dure et tenace, je pensai que cela provenait de ce que ladite tumeur comprimait le rectum et empêchait le cours des matières.

Je détachai les parties malades avec soin pour les travailler en mon particulier ; j'observai que l'ovaire gauche, la trompe et le reste des parties étaient fortement collés à la membrane qui enveloppait l'enfant ; le placenta était extrêmement adhérent à la membrane, savoir : à la surface interne, tout vis-à-vis de l'ovaire gauche ; il était très beau. Je séparai l'ouverture de la trompe

du côté gauche avec beaucoup de peine, parce que la membrane et cette partie ne faisaient qu'un seul corps; je soufflai dans la trompe, l'air passa dans la matrice; l'ovaire droit et le reste des parties étaient dans leur état naturel et n'avaient aucune communication avec ladite membrane, laquelle était en partie charnue, et ressemblait en partie aux muscles transverses du bas-ventre. Les fibres charnues commençaient à la partie postérieure et externe de la matrice, où elles étaient fortement attachées, et se terminaient en membranes environ quatre travers de doigts au delà; leur épaisseur était d'environ deux lignes, et quatre doigts de longueur; les vaisseaux qui portaient la nourriture à l'enfant et sa membrane venaient du côté gauche; savoir : un rameau de l'artère spermatique qui va à l'ovaire, et les autres venaient des parties externes de la matrice.

Je ne saurais dire si dans ce fait on eût pu diagnostiquer une grossesse, ne connaissant pas quels symptômes avaient porté Duverney à la soupçonner malgré une perte de trois mois; de plus la réticence, toute contraire à ses habitudes, par laquelle il commence son observation m'empêche d'ajouter grande créance à la dénégation de la malade. Aussi j'ai regretté vivement que Duverney n'eût pas indiqué ou plutôt n'eût pas cherché quelle sensation particulière pouvait donner cette tumeur volumineuse formée par le kyste fœtal. Cette indication eût été d'autant plus précieuse que cette tumeur qui n'était point dure ni douloureuse au palper, avait exactement le même siége que les hématocèles; comme elles, elle formait une tumeur sensible à la région hypogastrique, comprimait le rectum et les uretères, et repoussait en avant l'utérus. Quelques-uns des symptômes tels que la difficulté de la miction et de la défécation, l'impossibilité de se remuer, les douleurs spontanées et les nausées pouvaient également induire le médecin en erreur. Mais il faut noter qu'en même temps la malade était sans fièvre, qu'elle avait depuis trois mois une perte utérine, et que ce n'est que le troisième jour après le début des symptômes et après la constatation de la tumeur, que l'on a vu se manifester des signes d'hémorrhagie interne, tels que la pâleur, le pouls convulsif, l'abattement des traits, et les sueurs froides; cette marche tout opposée à celle des hématocèles devait donc éloigner l'observateur de cette pensée. Enfin l'absence de syncope devait éloigner de l'idée d'une rupture du kyste fœtal; et en effet si l'on ignore quelle fut dans cette observation la source de l'hémorrhagie intra-péritonéale, du moins on

sait que ni le kyste fœtal, ni les trompes ne présentaient de rupture. Cette observation, tout en montrant toutes les difficultés du diagnostic, permet cependant d'indiquer jusqu'à quel point l'étude des divers symptômes, et surtout de leur succession, jointe à celle des antécédents, peut faire espérer d'arriver à un diagnostic assez précis.

Pronostic. — Malheureusement si cette difficulté, et souvent l'impossibilité d'avoir des renseignements exacts n'ont que trop rarement permis d'arriver à reconnaître exactement la nature de la maladie, il n'était pas besoin d'une pareille sagacité pour en prévoir la fâcheuse terminaison; aussi Littré et Duverney n'avaient pas hésité, dans les cas que nous avons rapportés, à pronostiquer cette fatale issue. En effet, tous les exemples que nous avons pu citer, se sont terminés par la mort; elle est survenue le plus souvent en quelques heures ou quelques jours, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement que nous voyons la mort ne survenir qu'au bout de six mois dans la neuvième observation.

Cependant Murat (1), MM. Cazeaux (2), Chailly (3), Jacquemier (4), indiquent la possibilité d'une heureuse terminaison; dès lors nous avons dû rechercher sur quels faits pouvait s'appuyer cette opinion. Murat cite, en effet, deux cas à l'appui de cette manière de voir; l'un de Jacob (*Journal de Londres*), qu'il m'a été impossible de retrouver, et dont les vagues détails ne me semblent rien moins que probants; l'autre de Bianchi, que j'ai cru devoir transcrire textuellement en note (5), parce que ce fait m'a paru devoir recevoir

---

(1) Dict. en 60 vol., art. *Grossesse extra-utérine.*

(2) Cazeaux, *Traité pratique des accouchements.*

(3) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 2e édit., p. 136.

(4) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, t. I, p. 381.

(5) Obs. tirée de Bianchi, *De naturali in humano vitiosa morbosaque generatione. Historia externæ in ovario graviditatis, indeque ventralis externæ in Taurinensi femina.*

Namque super omnes, quæ hactenus innotuerunt, in ovariis graviditates, videtur hæc sane recensenda : quæ nova, neque ante hunc diem alibi, quod sciam, visa est in qua fœtus non solum extra uterum XV prope annos recens succisque redundans, simulque incorruptus superfuit; sed idem quoque duas in eadem femina distinctis sedibus gestationes, et primam (quod mirum est) in ovario omnino maturam, sustinuit. Taurinensis mulier, postquam binos debiteque maturos conceptus duobus partubus marem feminamque, vivos edidisset, septem deinde annis absque graviditate transactis, anno MDCCXIII maio incipiente mense, cum trigesimum ætatis annum ageret, tertio concepit. Omnia naturalis graviditatis signa, quam plurimis incommodis et morbis conjuncta tulit. Suppressis mensibus venter pedetentim excrevit; sed magis ad dextram hypogastricam regio-

une interprétation toute différente de celle donnée par l'auteur. Pour moi, je ne saurais voir dans ce cas qu'un exemple de grossesse abdominale avec mort du fœtus, au neuvième mois de la gestation, et

---

nem : sinus pariter tumidior apparuit. Initio graviditatis acerbos et fere continuos ossis sacri, lumborum ac totius infimi ventris dolores sustinuit : nauseæ, animique non gravia deliquia, constantia fuere. Quinto circiter mense, fœtus motiones aliter, quam in anteactis graviditatibus, seu semper dextras molestasque sensit : quo tempore, mammæ lacte distendi cœperunt ; dolores autem quolibet mense expleto, usque ad nonum, semper cum fœtus motibus adaucti sunt : quibus prægnans vehementer excruciata, in lentam febriculam incidit, multumque emaciata est. Nihilominus octavo et nono mense adeo repletæ sunt mammæ, ut lac sponte flueret. Labente jam, nono a conceptu, januario mense anno MDCCXIV ; pariendi dolores acerbissimi ; et præcipue lumbares, incesserunt. Quatriduo puerpera laboravit : nec paulum aquæ fluxit. Qua propter chirurgo accito, qui partus vias exploraret, prorsus ineptas ad fœtus exclusionem invenit. Tandem in gravioribus partus doloribus, mater, a dextra infini ventris parte ingens corpus velut divelli, locoque moveri sensit, quod protinus ad dexteram superiorem umbilici regionem ascendit. Adstantes fœtum, quinque transversos digitos elatum, externo tactu noverunt. Tum omnes materni dolores, et pariendi conatus deleti sunt : nec fœtus ulterius motus est ; sed velut inutile pondus proxime sub integumentis communibus tangebatur ; ubi abditus, rotundo capitis cervice, et manus digitis, occupatum locum exploratoribus evidentissime designabat. Mater exinde refecta est : cui revera peperisse videbatur, simul atque fœtum loco moveri percepit. Lochiorum postea fluxus nullus fuit. Majori lactis copia nutrices impletæ sunt ; quod brevi recessit. Tribus internum partum sequentibus diebus nauseæ vomitusque excitati sunt. Post hæc, sedatis omnibus, mater lecto surgens, omnique incommodo vacua, domestica pensa resumpsit : vix aliquo remanente mutati ponderis sensu, mense jam prætergresso, corpus quoddam velut carnosum, sanguine tinctum, et juglandis magnitudine, ab utero sine dolore emisit. Paulo post menstrui fluxus ex ordine successerunt : quos tamen exigui dolores ad primam a fœtu relictam sedem præcedebant. Tres menses postquam interne, seu in proprio ventre pepererat, id est ad maium mensem ejusdem anni celeber Anellius, tunc in regia hac aula chirurgus, cæsareum partum, sive ventris sectionem tentandam proposuit ; vel quod natura audens erat ; vel quia id in alia Taurinensi muliere, cui fœtus extra uterum, maturus tandem putruerat, a nobis jam antea tentatum audiisset.

At vero nobis id non probatum est, tum ob prosperam mulieris valetudinem, tum aliis de causis : quanquam fœtus conceptio et accretio extra uterum, immo præcise in dextro ovario ; simulque ascensus ad superiorem dexteram abdominis cavitatem, satis superque innotuisset. Itaque laudatus chirurgus, eodem anno librum edere contentus fuit ; in quo tam singularem miramque graviditatem, quantum observare potuerat, enarravit. « Il » faudra (scribit annos XIV, antequam ab hac defuncta muliere fœtus extraheretur) que » les curieux attendent, que le destin ait décidé de son sort et que messieurs les méde- » cins et chirurgiens de Turin leur communiquent l'histoire entière de cette grossesse... » et on ne négligera pas sans doute de leur faire part des circonstances les plus remar- » quables, qui accompagneront jusqu'à la fin la grossesse de cette femme. » Id vero perficiendi tempus, ut ut paulisper serum, accessit. Igitur huic mulieri suppressis exinde mensibus de nova graviditate dubitatum est. Qua propter cæsarei tunc partus tentandi, si revera prægnans fuisset, neque abortum primis mensibus fecisset, occasio præberi videbatur. At menstruorum fluxus ab adversa valetudine impeditus fuerat, et venereæ huc suspicio ex tunc orta est : quæ ut pote in eam a marito collata, subinde clarius, ab octavo

conservation de la santé de la mère ; aucun symptôme, à mes yeux, ne peut justifier le diagnostic de rupture du kyste fœtal, et la narration de l'autopsie pratiquée quinze ans après, démontre au contraire

---

ad reliquos graviditatis annos plures partes infestans, se manifestavit. Sic a X. usque ad XV. gestationis annum hujus mulieris res in deterius abierunt: donec assidua fabricula, doloribus et ulceribus in universum corpus effecta ; et ad maciem ultimam redacta, tandem errosa facie, adhuc prægnans interiit, kal. april MDCCXXVIII.

Secunda graviditatis inspectio in hujus feminæ, cadavere.

Postera die, nobis postulantibus, cadaver in anatomicum regii archigymnasii theatrum delatum; ibique coram medicinæ et chirurgiæ professoribus, aliisque sexcentis dissectum est. Antequam aperiretur, fœtus, caput et manus adhuc externo tactu discernebantur, ut superius dictum fuit ; sed versus hipogastricam cavitatem aliquantum descenderant. Cadavere aperto, membranosa et musculosa abdominis tegumenta, multum arefacta et gracilia apparuerunt. Post hæc, omentum subtile et exsuccum, sed circumquaque novis velut tenuibus membranis peritonæo firmiter connexum ; atque insuper usque ad pubis summitatem protensum eique valde adhærens : duram densamque, et velut coriaceam membranam immediate obtegebat, cui valide etiam jungebatur : erat autem membrana, chorion ipsum fœtus, amnio conjunctum : quæ mortui fœtus partibus ita accomodebatur, ut jam fœtus hujus imaginem externis repræsentaret. Brachium vero præcipue manumque sinistram, velut lata et aptissima chiroteca involuerat. Supra chorium, neque placentæ vestigium supererat, excepta funiculi umbilicalis portione integra adhuc, vasisque apertis ; quæ a fœtu per dexterum latus ad chorium protensa, illud perforabat ; et deinde ad externam faciem nonnihil erumpens, se jam a placenta divulsam indicabat. Idem chorion ad postea cum matris mesenterio arctissime jungebatur. Et imo a mesenterii limbo incipiens, duos transversos digitos latitudine, et tres longitudine versus centrum protensa excurrens, ad ultimas lumborum vertebras desinebat.

Inventi in cadavere fœtus descriptio.

Cæterum fœtus positio in ventris cavitate hæc fuit : anteriori parte ad dorsum matris, obliqua tamen et prona facie conversus, superioribus frontalis et parietalis ossis extremitatibus in cacumen elatis, atque eo magis, quo ejusdem nominis sinistra ossa depressiora erant. Truncus supra modum distortus : nates ad dexteram elatæ, sinistrum latus valde flexum. Dextera coxa adeo erecta, ut genu faciem oblique pertingeret. Genitalia dexteri pedis appositione depressa : et ad foliorum similitudinem extenuata. Sinistra coxa extensa et nonnihil ad lævam externis evecta ; cujus genu ad oppositum nonnihil distorto, crus cum pede in sacculum, qui supra dexterum latum uteri ligamentum, seu potius ad dexteri ovarii locum excavatus erat, extendebatur. Brachium dexterum usque ad medietatem ossis parietalis capitis elatum ; cui manus in pugnum complicata adhærebat. Sinistrum vero brachium ad inferiorem faciei partem positum ; ita ut carpo inferius labrum et mentum obtegerentur. At hæc manus ut etiam altera, firmis digitis et unguibus instructa erat, sed multum distorta. Quid plura? Fœtus hic undique distortus erat, et omni ex parte admirandus.

Itaque saccus, quo sinistrum crus fœtus, ut annotavimus, continebatur, ruber erat, validis et musculosis membranis contextus, cujus diametros ovi gallinacei diametrum non excedebat. Nec tantum pedem et tibiam, sed insuper materiam quamdam, memoratæ fœtus crustæ non multum absimilem, fibris vasculorum eleganter complicatam atque contortam, albam, friabilem simulque oleosam et lubricam capiebat : at vero interna

que le kyste resté intact contenait encore le fœtus, en quelque sorte momifié.

Ce ne peut être également qu'à la suite d'une erreur de traduction que l'on a pu considérer le fait suivant de Duverney, rapporté par Bianchi (1), comme un exemple de guérison d'une rupture du kyste.

« E converso in illo, quem Cel. du Verney reperiit atque delinea-
» vit, tubario conceptu, fœtus multis vicibus, illo major et major
» quoque tubæ dilatatio fuerat, neque tamen lethalis istius modi

---

hujus excipuli membranacei superficies, osseis tenuibus laminis obtegebatur; ejusque dexterum externum latus velut in zonam porrectum, tenuium matris intestinorum partem sibi adjungens, inde usque ad sinistram cadaveris coxendicem elatum, eidem connectebatur : matris vero dextera fallopiana tuba, quantumvis nonnihil crassitie aucta, naturale tamen ab utero principium situmque servabat : at progressu, et maxime latiori extremo clausa, et memorati sacci margine sine ullo amplius tentorii et fimbriarum vestigio omnino coalita atque confusa. Ovarium dexterum nullum : sed ejus loco saccus iste repertus est; qui revera nihil aliud erat, quam ovarium ipsum, in quo fœcundatum ovum, dum cresceret, necessariam sibi stationem comparaverat. Nam probabile est, tertium feminæ tunc postremum conceptum, in hoc ovario fuisse præstitum; fœcundatum ovum ab ovario erumpere nullo modo potuisse, ob tubæ impedimentum, quæ scilicet non tantum ad majus extremum jam dudum, immo, ut ab ejus fabrica, et continuitate visu est, ab origine clausa erat; sed etiam prius quam mulier conciperet, ita ovarii tunicæ superducta, ut eam indurans et densans omnem ovorum exitum impediret. Hinc patet, ovum illud ovario coercitum, ibi placentæ ope, ut ante fœcundationem actam fuerat, enutritum fuisse; atque ad debitam nascendi magnitudinem excrevisse : fœtus deinde maturus, rupto ovario, interneque partus, ab eodem exivit; et ventris cavitate receptus, sequentem alteram graviditatem produxit. Pedem vero, quo loco primum excreverat, semper retinuit; sui locus ut pote prius continendi maturi fœtus capax extiterat, postea a minori sane corpore occupatus, naturali suo contractionis momento paulatim circa pedem coarctatus est, et ad minorem capacitatem accessit. Igitur, fœtus, ventris cavitate exceptus, ob intermissam nutritionem, mortuus est; et ut suprima diximus, aliquibus ventris partibus adnexus, tandiu integer et incorruptus permansit. Credibile igitur quoque est hanc mulierem, quæ antea bis jam felici eventu pepererat, ita concepisse, ut ova ab altero seu sinistro ovario tubaque, exciderent, et in uterum portarentur : quæ partes tunc temporis, non una connexæ erant, et coalitæ, sed in naturali statu dispositæ. Sed cum inde viderimus, tubam hanc sinistram decurtatam et corrugatam, inferiori parte, ovario annexam fuisse, ac si alteram imitatura, successu temporis eidem prorsus coalescere voluisset : idcirco concludendum est, susceptam hanc tubæ connexionem in causa fuisse, ne mulier a tertia graviditate amplius conceperit; ovis, si quæ fœcundata fuerint, ab ovario in ventrem delapsis, ibidemque forte et fortuna dissipatis et perditis. Cæterum hujus feminæ uterus omnino naturalis erat; immo pro ratione mulieris, quæ jam pepererat, mole parvus videbatur; quæ uteri tubæque corrugatio et diminutio; ad humorum fluxumque defectum, ob ultimam graviditatem secutum, referenda est. Cum vero hujus uteri fundo, fœtus natibus exterius incumberet, hinc fortasse a facta non levi pressione varis, humorem ad has partes deferentibus, eadem corrugatio quoque ex parte repeti potest.

(1) Bianchi, *opere citato*, p. 152.

» laceratio sanguinisque eruptio subsecuta est (cum mater, ipso » testante scriptore, longe alia causa, seu casu, indeque suborta le- » thali febre perierit); scilicet, quia fœtus lente consumptus fuerat, » ut conditi exsiccatique cadaveris speciem referret : ipsæque fœ- » minæ gestantis tubæ paulatimque induratæ tunicæ, non solum » ruptioni resisterant, sed insuperabili pressione crescentem fœtum » ita forsan consumpserant. »

Cette citation ne me paraît laisser subsister aucun doute, puisqu'il y est dit que les tuniques avaient résisté à la rupture et que Bianchi ajoute dans le même chapitre que la grossesse tubaire suivie de rupture de la trompe est toujours mortelle. D'ailleurs, en consultant l'observation originale de Duverney (1), on voit qu'il n'y est nullement question de rupture du kyste ni d'hémorrhagie.

Il n'est donc que trop vrai que nous soyons autorisé à dire que tous les faits d'hémorrhagie intra-péritonéale déterminée par une grossesse extra-utérine se terminent par la mort ; quelques cas cependant, l'observation IX, par exemple, pourraient faire espérer une terminaison plus heureuse. Enfin, dans notre cinquième espèce la durée plus longue de la maladie, sa nature même, et surtout l'observation de M. Gallard peuvent faire admettre la possibilité d'une guérison ; dans ce cas, on comprend facilement que la difficulté inhérente au diagnostic ait pu faire douter maintes fois de l'existence du fait, et que nous n'en puissions pas actuellement citer d'exemple.

Traitement. — Cette possibilité d'une guérison, quelque rare qu'elle soit, doit donc empêcher de se laisser aller au découragement, et nous engager à rechercher les principales indications thérapeutiques.

Tout d'abord, en voyant que toutes les grossesses interstitielles ou tubo-interstitielles, que la grande majorité des grossesses tubaires se terminent par une rupture nécessairement mortelle, on est porté à se demander si le médecin ne devrait pas intervenir dès les premiers mois de la grossesse. Malheureusement, si nous croyons possible de soupçonner l'existence d'une grossesse extra-utérine, nous devons reconnaître qu'il nous paraît complétement impossible de diagnostiquer les diverses variétés de ces grossesses anormales, et

(1) Duverney, *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, année 1702, p. 298.

par conséquent il nous semble impossible de pouvoir intervenir dans un cas de cette espèce. D'ailleurs les quelques exemples d'intervention chirurgicale que nous connaissons, même ceux où on a eu recours à une simple ponction exploratrice dans les premiers mois d'une grossesse extra-utérine, sont assez malheureux pour en détourner tout opérateur (1). Le fait cité par Duverney (2) nous avait cependant fait penser que l'on pourrait peut-être, par un courant électrique déterminer la mort du fœtus dans le kyste, comme on a essayé de le faire pour les tumeurs hydatiques; on imiterait ainsi la marche que la nature dans ce fait a suivie pour amener la guérison; mais j'ai hâte d'abandonner de semblables hypothèses, que je n'oserais sérieusement conseiller pour aborder les indications thérapeutiques véritablement positives.

Les métrorrhagies que la plupart des malades ont présentées longtemps avant l'accident ultime, et qui me semblent un phénomène de même nature, une sorte de symptôme prémonitoire, me paraissent indiquer la nécessité d'un repos absolu. D'une part on sait toute l'influence qu'a le décubitus horizontal dans le traitement des pertes utérines, d'autre part on évite ainsi les légers accidents que nous avons vus déterminer trop souvent la rupture soit du kyste fœtal, soit de la trompe. Je ne saurais conseiller avec la même confiance contre ces métrorrhagies, ni les moyens locaux, que nous avons vus échouer dans l'une de nos observations (3), ni les émissions sanguines locales (4) ou les saignées dérivatives en l'absence de faits qui montrent bien nettement leur utilité dans ces cas. Au contraire, l'étude des causes nous paraît indiquer d'une manière péremptoire un repos absolu dans tous les cas de grossesse extra-utérine, dès que l'on voit apparaître quelque métrorrhagie, et dans tous les cas la prohibition la plus formelle des rapports sexuels.

Une fois l'hémorrhagie intra-péritonéale survenue, et quelle que soit sa cause, l'indication première est de modérer l'hémorrhagie autant que possible; mais malheureusement sa cause réduit le médecin aux moyens généraux, c'est-à-dire à prescrire l'immobilité, l'application de la glace ou de l'eau froide sur l'abdomen, sans que

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 30e année, 1855, p. 181.
(2) Voyez page 530.
(3) Voyez obs. XII, p. 547,
(4) Voyez obs. XIV, p. 556.

nous puissions fonder aucune confiance sur les médicaments hémostatiques ou astringents administrés à l'intérieur. L'opium seul que quelques médecins ont considéré comme ayant une action hémostatique, nous semblerait devoir être donné à doses assez élevées et fréquemment répétées; en effet si ses propriétés antihémorrhagiques sont contestables, il présente au moins l'avantage de calmer la douleur. Nous le conseillons avec d'autant plus de confiance qu'il nous a semblé dans les hématocèles simples que, par la sédation et le calme qu'il procure, il favorisait la formation des adhérences ou au moins il diminuait sensiblement les douleurs de ce travail de péritonite locale.

Les émissions sanguines générales ou locales que nous avons vu employer sans aucun avantage dans plusieurs de nos observations nous paraissent formellement contre-indiquées par la perte du sang, qui est déjà assez considérable pour amener la mort. Elles ne sauraient d'ailleurs avoir d'autre but que de prévenir la péritonite; or, non-seulement elles ne sauraient en empêcher le développement, mais on est même en droit de se demander s'il n'y aurait pas inconvénient, si par impossible cela se pouvait faire, à arrêter un travail inflammatoire, qui est nécessaire pour amener la guérison. Les accidents de péritonite sont d'ailleurs beaucoup moins intenses et moins graves qu'on ne l'avait supposé théoriquement, et nos observations, d'accord en cela avec les expériences de MM. Trousseau et Leblanc, montrent que dans ces cas la mort a été déterminée par l'hémorrhagie et non par une péritonite suraiguë ou généralisée, dont nous ne trouvons la description dans aucune de nos autopsies. Néanmoins, si nous croyons devoir rejeter l'application des sangsues dès le début comme dangereuse, nous devons reconnaître qu'elles peuvent trouver utilement leur place à des époques plus éloignées.

Lorsque par un bonheur, malheureusement trop rare, la malade n'a pas succombé à l'abondance de l'hémorrhagie, et que le caillot s'est enkysté, ou bien lorsque l'hémorrhagie s'est faite dans le kyste fœtal sans déterminer sa solution de continuité, des indications différentes se présentent. Doit-on dans la crainte de la rupture de la tumeur, plusieurs fois constatée, ou pour débarrasser la malade des graves symptômes que celle-ci occasionne par son volume, faire une ponction ou une incision pour vider cette tumeur? L'absence de faits suffisamment nombreux ne nous permet point de donner

une solution absolue, comme on peut le faire pour les hématocèles dans l'état de vacuité. Cependant la crainte de la rupture du kyste fœtal dans le cas d'hémorrhagies successives, comme dans le fait de M. Pize, ne saurait déterminer à une opération, dont les résultats sont au moins indécis. L'exemple de la ponction pratiquée à la malade observée par M. Gallard, s'il ne suffit pas pour condamner cette opération, puisque c'est à l'injection d'eau et non à la ponction qu'on doit attribuer la mort, ne montre pas du moins que l'opération ait amené aucun soulagement. D'ailleurs le fait statistique certain que les grossesses extra-utérines, après la mort du fœtus, se terminent plus souvent par la guérison lorsque la maladie suit spontanément ses périodes, que lorsque l'on a cru devoir intervenir, doit nous porter à nous abstenir de toute opération, au moins jusqu'à cette époque très tardive où le chirurgien peut aider le travail d'élimination commencé par la nature. Je crois donc qu'on doit se borner à l'expectation dans les premières périodes, et qu'on doit de même dans les dernières suivre cette sage conduite, tant que l'observation n'aura pas démontré la nécessité d'intervenir dans celles-ci; les faits d'ailleurs nous manquent complétement pour formuler les indications à suivre dans cette dernière phase de la maladie, et nous devons rester fidèle au principe que nous avons suivi pendant tout le cours de ce travail, de n'avancer aucune proposition sans l'appuyer d'observations que, autant que possible, nous avons mises complètes et entières sous les yeux du lecteur.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER.

Pages.

Introduction. . . . . I—VII

Des accidents produits par la rétention du flux menstruel. . . 1

Observation I. — Hématocèle par vice d'excrétion menstruelle. Autopsie. 9

Classification des diverses espèces de rétentions menstruelles 29

Première espèce. — *Rétention par imperforation congénitale du canal vulvo-utérin*. 30

Rétention par défaut de séparation des parties génitales externes. . 30

Obs. de Ruysch. 31

Obs. de Delpech. 31

Rétention par imperforation de l'hymen. 32

Obs. de de Haen. 32

Obs. II. — Imperforation de l'hymen. Mort. 34

Obs. III. — Imperforation de l'hymen. Mort. 35

Rétention par absence ou oblitération du vagin. 37

Obs. d'Amussat; absence du vagin. Opération. Guérison. . . . 37

Obs. IV. — Absence du vagin. Opération. Mort. 41

Obs. de Debrou; coarctation fibreuse du vagin. 46

Obs. V. — Oblitération du vagin. Ponction. Mort. 54

Obs. VI. — Oblitération du vagin. Incision. Mort. 55

Obs VII. — Oblitération du vagin. Mort. 57

Rétention par imperforation du vagin. 58

Obs. VIII. — Utérus et vagin doubles. Imperforation de l'un des deux vagins. Ponction. Mort. 59

Rétention par imperforation du col utérin. 63

Obs. IX. — Imperforation congénitale de l'utérus. Opération. . . 64

Obs. X. — Imperforation congénitale de l'utérus. Ponction. Guérison. 66

Pages.

Deuxième espèce. — *Rétention par oblitération accidentelle de l'utérus ou du vagin* 69

Obs. XI. — Occlusion du col utérin par suite de cautérisation. hystérotomie. Guérison 71

Obs. XII. — Oblitération du col utérin par une cicatrice inodulaire. Mort 72

Obs. XIII. — Oblitération du col utérin à la suite d'un accouchement. Opération. Guérison 74

Obs. XIV. — Oblitération du vagin par suite de gangrène. Ponction. Mort 78

Obs. d'oblitération du vagin par suite de gangrène 85

Troisième espèce. — *Rétention par rétrécissements congénitaux ou cicatriciels du vagin ou du col utérin. Dysménorrhée mécanique* 89

Obs. XV. — Atrésie congénitale du vagin. Mort 90

Obs. XVI. — Oblitération incomplète du col utérin. Autopsie . . . 93

Obs. XVII. — Rétrécissement de l'orifice utérin. Opération. Guérison 93

Obs. XVIII. — Rétrécissement de l'orifice utérin. Opération. Amélioration 95

Quatrième espèce. — *Rétention par augmentation de volume du col utérin* 97

Obs. XIX. — Hypertrophie du col utérin. Rétention menstruelle. 99

Obs. XX. — Col utérin volumineux. Dysménorrhée. Guérison . . 104

Obs. XXI. — Suppression des règles. Hypertrophie du col. Guérison 110

Obs. XXII. — Cancer du col utérin. Rétention menstruelle. Amélioration 114

Cinquième espèce. — *Rétention par obstruction du col par un produit organique* 120

Obs. XXIII. — Polype utérin. Dysménorrhée. Extirpation du polype. Guérison 121

Obs. XXIV. — Dysménorrhée pseudo-membraneuse 129

Obs. XXV. — Suppression des règles. Dysménorrhée pseudo-membraneuse 131

Obs. XXVI. — Dysménorrhée pseudo-membraneuse 132

Obs. XXVII. — Dysménorrhée pseudo-membraneuse 134

Sixième espèce. — *Rétention menstruelle par suite de déviations utérines* 142

Pages.

Septième espèce. — *Rétention menstruelle par contraction spasmodique du canal excréteur.* 143

Obs. XXVIII. — Suppressions des règles par des accès de colère. Guérison. 144

Obs. XXIX. — Suppression des règles par une ablution froide. Péritonite. Guérison. 149

Obs XXX. — Suppression des règles. Dysménorrhée. Guérison. 155

Huitième espèce. — *Rétention des règles par disposition vicieuse des trompes.* 160

Obs. XXXI. — Imperforation des trompes. Hématocèle. Mort. . 160

Obs. XXXII. — Occlusion de l'*ostium uterinum* par un corps fibreux. Mort. 168

Obs. XXXIII. — Oblitération des deux trompes 169

Caractères spéciaux de chacune des espèces précédentes. . . . 174

Symptomatologie des rétentions menstruelles. 186

Symptômes de la réplétion utérine. 186

Douleurs expulsives. 188

Écoulements sanguins. 190

Pelvi-péritonite hémorrhagique menstruelle. 194

Tumeurs péri-utérines. 198

Obs. XXXIV. — Kyste sanguin de l'excavation pelvienne. Incision. Guérison. 200

Obs. XXXV. — Tumeur sanguine rétro-utérine. Incision. Guérison. 202

Obs. XXXVI. — Hématocèle par rétention menstruelle. Mort. . . 203

Obs. XXXVII. — Pelvi-péritonite suppurée. Ponction. Guérison. 209

Terminaisons. 213

Obs. XXXVIII. — Hématocèle. 214

Obs. XXXIX. — Tumeur hématique intra-pelvienne. Ponction. Guérison. 219

Obs. XL. — Hématocèle. 221

Obs. XLI. — Hématocèle. Suppuration. Évacuation spontanée du liquide. Guérison. 225

Obs. XLII. — Tumeur pelvienne complexe. Fièvre hectique. Mort. 230

Observation de tumeur sanguine pelvienne terminée par diarrhée colliquative et mort. 236

Obs. XLIII. — Suppression des règles. Évacuation de pus puis de sang par une fistule rectale. Guérison. 241

Diagnostic. 249

Pages.
Diagnostic des premières périodes de la rétention menstruelle. . . . 250
Obs. XLIV. — Aménorrhée. Tumeur pelvienne. 251
Diagnostic des imperforations et des rétrécissements 257
Diagnostic différentiel de la grossesse commençante. 259
Obs. XLV. — Tumeur sanguine prise pour une rétroversion d'un utérus gravide. 260
Obs. XLVII. — Tumeur sanguine rétro-utérine prise pour une rétroversion de l'utérus gravide. 261
Diagnostic différentiel de la pelvi-péritonite. 263
Obs. XLVII. — Affection tubo-ovarienne suite de suppression menstruelle. 264
Diagnostic différentiel du cancer de l'utérus 274
Diagnostic de l'hématocèle et des tumeurs fibreuses. 279
Observation d'hématocèle rétro-utérine prise pour un corps fibreux. 280
Observation d'hématocèle rétro-utérine simulant un corps fibreux. 283
Diagnostic de l'hématocèle et des kystes de l'ovaire. 287
Diagnostic de l'hématocèle et des tumeurs purulentes du bassin. . . . 290
Obs. XLVIII. — Kyste purulent du bassin. 291
Observation de kystes hydatiques du petit bassin. 295
Traitement. 300
Traitement des imperforations congénitales. 302
Observation d'absence congénitale du vagin. Ponction. Mort . 305
Obs. XLIX. — Absence congénitale du vagin. Fistule rectale spontanée. 307
Traitement de la période aiguë des rétentions menstruelles. 320
Traitement des rétrécissements utérins. 322
Traitement des dysménorrhées par tuméfaction du col. 325
Traitement des dysménorrhées nerveuses. 327
Traitement de la rétention menstruelle succédant à une interruption brusque des règles. 328
Obs. L. — Suppression mécanique des règles. Guérison. 329
Traitement des périodes consécutives. 333
Traitement des hématocèles par la ponction. 341
De l'hématocèle péri-utérine et de ses différentes variétés. . 346
Définition de l'hématocèle. 351

Pages.

Distinction de l'hématocèle et du thrombus. 353

Observation de thrombus. 353

Observation de tumeur sanguine pelvienne consécutive à la rupture d'un anévrysme de l'iliaque. 355

Classification des diverses hématocèles. 358

Première espèce. — *Hématocèles symptomatiques de rupture de varices utéro-tubaires*. 360

Observation de thrombus énorme de l'excavation pelvienne. . . 360

Obs. I. — Hématocèle par rupture du plexus pampiniforme droit. . 362

Obs. II. — Hématocèle par rupture d'une tumeur sanguine veineuse. 363

Obs. III. — Hématocèle par rupture de varices tubo-ovariennes. . 368

Symptomatologie des hématocèles de cette espèce. 376

Deuxième espèce. — *Pelvi-péritonite hémorrhagique*. 382

Observation de péritonite hémorrhagique. 383

Obs. IV. — Pelvi-péritonites hémorrhagiques. 384

Troisième espèce. — *Hématocèles symptomatiques de rupture de l'ovaire ou de la trompe*. 385

Obs. V. — Hémorrhagie intra-pelvienne provenant d'un varicocèle de l'ovaire. 389

Obs. VI. — Hémorrhagie intra-pelvienne par suite d'une déchirure de l'ovaire. 391

Obs. VII. — Hémorrhagie intra-pelvienne par suite d'une rupture de l'ovaire. 394

Obs. VIII. — Hémorrhagie intra-abdominale, suite d'un rupture de l'ovaire. 397

Obs. IX. — Hématocèle, suite de la rupture de l'ovaire. 399

Observation de rupture de la trompe avec hémorrhagie pelvienne. 405

Symptomatologie des hématocèles symptomatiques des ruptures de l'ovaire 412

Obs. X. — Hémorrhagie intra-pelvienne, par suite d'une rupture de la trompe. 417

Observations de rupture de la trompe. 420

Traitement des hématocèles de la troisième espèce. 429

Quatrième espèce. — *Hématocèles symptomatiques d'un trouble de l'excrétion cataméniale*. 434

Pages.

Observation d'avortement suite d'istère grave, caillots sanguins contenus dans l'utérus et dans les trompes. 435

Cinquième espèce. — *Hématocèles métrorrhagiques*. 441

Hématocèles symptomatiques des fièvres et des maladies fébriles. . . 445

Obs. XI. — Hématocèle symptomatique de rougeole. 446

Obs. XII. — Hématocèle symptomatique de purpura. 448

Observation d'hématocèle symptomatique de chlorose. 452

Hématocèles hémorrhagiques symptomatiques de l'état puerpéral. . 460

Obs. XIII. — Hématocèle consécutive à un avortement. 461

Hématocèles symptomatiques d'affections des organes génitaux. . . 463

Obs. XIV. — Hématocèle consécutif à un avortement. 464

Obs. XV. — Hématocèle consécutif à des ménorrhagies. 466

Hématocèles causées par l'anémie. 470

Observation d'inflammation de kystes ovariens. 471

Obs. XVI. — Hématocèle consécutive à une anémie très prononcée. 475

Observation d'hématocèle consécutive à l'anémie. 479

Obs. XVII. — Hématocèle consécutive à une émotion morale. . . 488

Observation d'hématocèle avec vomissements incoercibles. . . . 498

Traitement des hématocèles de la cinquième espèce. 504

Des hémorrhagies intra-pelviennes dans les grossesses intra-utérines. 509

Divisions. 511

Première espèce. — *Hémorrhagies par ruptures veineuses*. 512

Obs. I. — Grossesse tubaire. Rupture des veines ovariennes. . . 513

Deuxième espèce. — *Hémorrhagies par lésions des ovaires*. 515

Obs. II. — Grossesse extra-utérine. Hématocèle par apoplexie de l'ovaire. 516

Troisième espèce. — *Hémorrhagies par rupture de la trompe*. . . . 523

Obs. III. — Grossesse tubaire, rupture de la trompe. 525

Obs. IV. — Grossesse double extra et intra-utérine. Rupture de la trompe. 527

Obs. V. — Grossesse tubaire. Rupture de la trompe. 529

Quatrième espèce. — *Hémorrhagie par rupture du kyste fœtal*. . . . 531

Obs. VI. — Grossesse tubo-abdominale. Rupture du kyste fœtal. 531

Pages.

Obs. VII. — Grossesse tubo-ovarique. Rupture du kyste fœtal. . 534
Obs. VIII. — Grossesse ovarique. Rupture du kyste fœtal. . . . 535
Obs. IX. — Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal. 537
Obs. X. — Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal. 538
Obs. XI. — Grossesse tubo-interstitielle. Rupture du kyste fœtal. 543

Cinquième espèce. — *Hémorrhagie dans le kyste fœtal lui-même*. . . . 546

Obs. XII. — Hémorrhagie dans un kyste fœtal sous-péritonéo-pelvien. 547
Obs. XIII. — Hémorrhagies successives dans un kyste fœtal. Rupture du kyste. 554
Obs. XIV. — Hémorrhagies successives dans un kyste fœtal.. . . 557

Diagnostic. 567

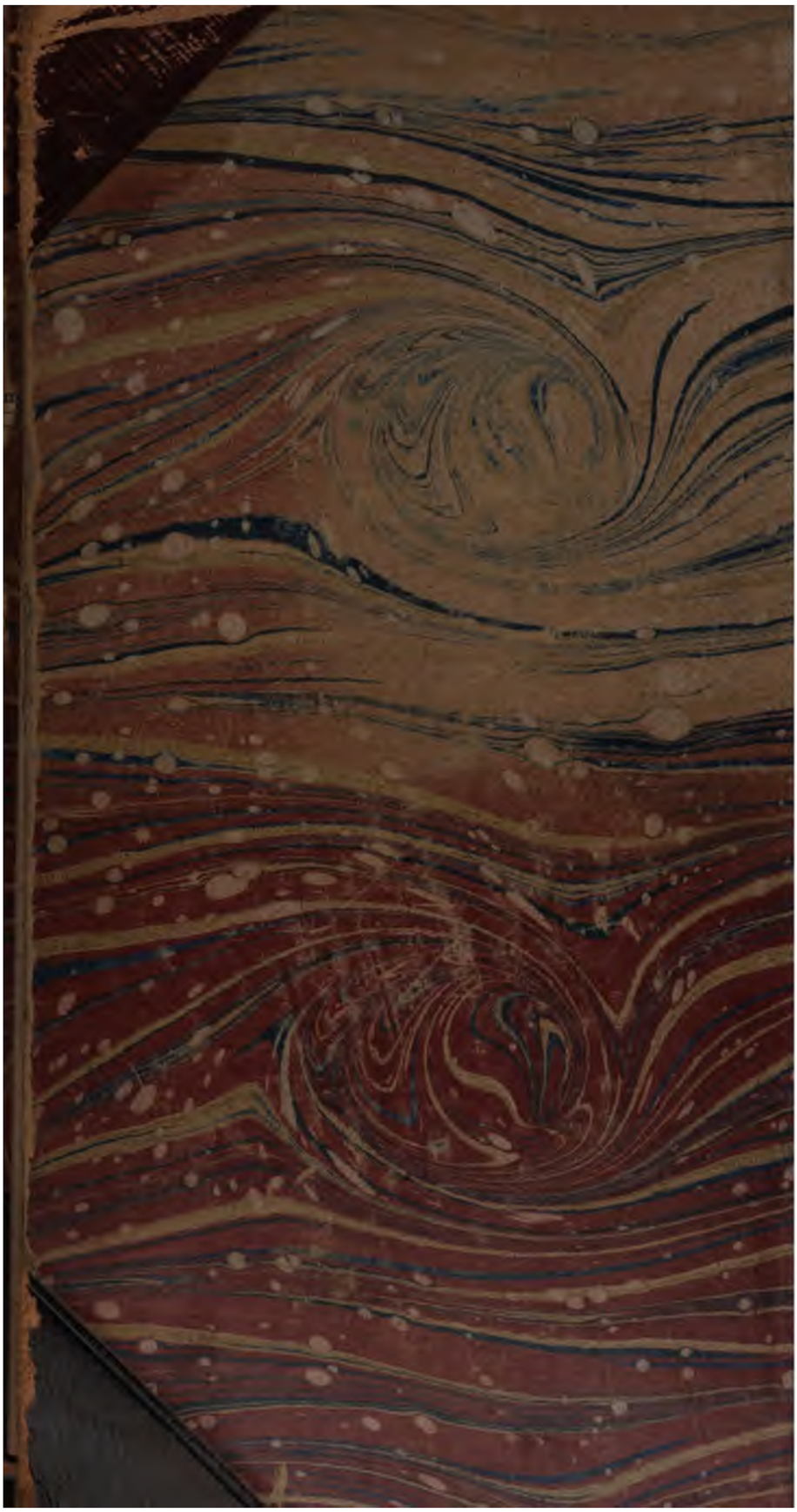
Obs. XV. — Grossesse extra-utérine, hémorrhagie intra-péritonéale. 574

Pronostic. 577

Observation de Bianchi. 574

Traitement. 581

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

N201 Bernutz,G.L.R. 10728
B53 ...Maladies des femmes.
1860
vol.1

NAME	DATE DUE